CONSIDÉRATIONS

(3)

SUR L'OPÉRATION

E LA CATARACTE;

ET PARALLÈLE

Tr. 12c

ıtre le procédé de Scarpa et celui

de Wenzel :

AR LE CITOYEN LACOURNÈRE.

STRASBOURG,

L'IMPRIMERIE DE LEVRAULT, RUE DES JUIFS.

Se trouve à Paris,

Chez Levrault, Schœll et Comp.ie

AN XI (1803).

Considérations sur l'opération de la Cataracte ; et parallèle entre le procédé de Scarpa et celui de Wenzel.

INTRODUCTION.

Notice historique sur l'opération de la Cataracte.

I.

Remédier à une infirmité très-affligeante par un procédé simple, peu douloureux, et qui n'expose que très-rarement à des accidens graves celui qui consent à s'y soumettre ; tels sont, en peu de mots, les avantages précieux de l'opération de la cataracte, que l'on regarde avec raison comme l'une des plus brillantes de la chirurgie.

II.

L'origine de cette opération est obscure, et se perd dans la nuit des temps [1] ; ce n'est

1 On ne connaît point le nom de son inventeur. Pline assure gravement qu'elle a été suggérée par la chèvre, qu'on

que vers la fin du dix-septième siècle que l'on a commencé à avoir quelques notions exactes de la maladie connue sous le nom de cataracte [1], et par conséquent à pouvoir apprécier les divers procédés qui ont été successivement imaginés pour en obtenir la guérison. Ces procédés très-nombreux peuvent être rapportés à deux méthodes principales ; savoir, la méthode par abaissement ou par dépression, et la méthode par extraction. [2]

La première de ces deux méthodes, décrite par Celse [3] avec beaucoup de précision, mais connue long-temps avant ce célèbre médecin, a été généralement et

---

croyait recouvrer la vue par le moyen d'un jonc aigu qu'elle faisait entrer dans le globe de l'œil. Voyez *Hist. de la chirurg. tom I, liv.* 1.

1 Voyez plus bas, N.os 18 et 19, ce qui a rapport au véritable siége de la cataracte.

2 On peut aussi nommer la première, méthode de Celse; et la seconde, méthode de Daviel, puisque, comme on le verra plus bas, Celse a décrit le premier l'abaissement, et que Daviel peut être regardé comme l'inventeur de l'extraction. Je ne parle point du projet d'opération proposé par Remi Lasnier, dans une thèse soutenue au collége de chirurgie, et qui consiste à perforer le cristallin avec une aiguille. Voyez *Recherches sur l'origine et les progrès de la chirurgie.*

3 Voyez Corn. Cels. lib. 6, cap. 6, §. 35, de suffusione oculorum; et lib. 7, cap. 7, §. 14, de suffusione.

:clusivement pratiquée jusque vers le mi-
eu du siècle dernier. La méthode par ex-
action au contraire est toute moderne [1];
ais à peine eut-elle été proposée en France,
ie la plupart des chirurgiens éclairés s'em-
ressèrent de l'adopter. Cependant quelques
rivains très-recommandables [2] pensèrent
ie l'amour de la nouveauté, bien plus
u'un examen réfléchi, avait décidé cette
éférence en faveur de l'extraction; et sans
jeter absolument cette dernière méthode,
ielques-uns d'entre eux soutinrent que les
convéniens de l'ancienne avaient été sin-
ulièrement exagérés; que cette méthode
éritait non-seulement d'être conservée,

---

1 Voyez plus bas, N.° 39, l'époque de cette découverte.

2 Parmi ces savans on peut compter en Angleterre Percival
tt, Bell; et parmi nous, MM. Roussille-Chamseru et
tit Radel: le premier, au mot *Cataracte* du dictionnaire
méd. de l'Encyclopédie méthodique; le second, au mot
taracte du dictionnaire de chirurgie de la même collection.
oll, dans son *Ratio medendi*, et Richter, dans ses Élémens
chirurgie, tom. III, pensent aussi que la méthode ancienne
été trop universellement proscrite. Ce dernier conclut d'un
rallèle qu'il établit entre celle-ci et la méthode de Daviel,
'il est plusieurs circonstances dans lesquelles l'abaissement
rite la préférence sur l'extraction. Cette dernière note est
isée dans un extrait de l'ouvrage de Richter, que M.
bstein, docteur en médecine et prosecteur de l'école de
decine de Strasbourg, a bien voulu me fournir en langue
nçaise.

mais qu'elle était même préférable dans un très-grand nombre de cas.

III.

Malgré les réclamations de ces hommes éclairés, l'opération par abaissement était entièrement tombée en désuétude en France, et l'extraction y était universellement pratiquée; l'un des savans les plus distingués de l'Italie, Scarpa, vient de reproduire avec éclat la méthode de Celse, dans un ouvrage consacré aux maladies des yeux[1] : Ce célèbre professeur donne les plus grands éloges à l'opération de la cataracte par dépression; s'attache à la venger des reproches nombreux qui lui avaient été faits, et établit qu'elle est dans tous les cas préférable à l'extraction; enfin il rapporte plusieurs observations intéressantes pour appuyer sa doctrine.

L'ouvrage de Scarpa ne pouvait manquer d'éveiller sur ce point l'attention des maîtres de l'art. Déjà, parmi nous, quelques-uns d'entre eux ont commencé une suite d'expériences comparatives, dont sans doute ils s'empresseront de publier les résultats lors-

---

1 Traité prat. des malad. des yeux, par A. Scarpa; traduit de l'ital. par J. B. F. Léveillé.

ue les faits seront en assez grand nombre our qu'il soit permis d'en déduire des con- équences générales.

Objet et division de cette dissertation.

IV.

Je n'ai point eu occasion d'employer sur e vivant le procédé opératoire du profes- eur de Pavie; mais chargé, par la place ue j'occupe, de l'enseignement de la mé- ecine opératoire, j'ai dû étudier, et j'ai tudié en effet, ce procédé avec toute l'at- ention dont je suis capable : je l'ai essayé n grand nombre de fois, et sur le cadavre, t sur des animaux vivans. Je me suis par- iculièrement attaché, soit dans ces diverses xpériences, soit dans les méditations aux- quelles je me suis livré, à mettre ce procédé n opposition avec celui décrit par WENZEL, que l'on s'accorde assez généralement à re- garder comme le plus parfait de tous ceux qui se rapportent à la méthode par extrac- ion [1]. J'offre dans cet écrit le résultat de nes recherches sur ce point important de

1 Voyez Traité de la catar. par M. WENZEL, fils; Paris, 786; et le mot *Cataracte* dans l'Encyc. méthod. part. méd. rticle rédigé par le même auteur.

la médecine opératoire. Je sens mieux que personne l'imperfection d'un travail qui ne repose point sur cette base solide, qui seule eût pu donner quelque prix à un ouvrage de ce genre, je veux dire, sur une pratique étendue. Pour y suppléer autant qu'il est en moi, je tâcherai de n'employer aucun raisonnement qui ne soit étayé par des faits nombreux et bien constatés. Puisse du moins le Corps savant au jugement duquel ce travail est soumis, applaudir aux efforts que j'ai faits pour le rendre moins indigne de lui être presenté !

V.

Pour procéder méthodiquement, et répandre plus de clarté sur la description des procédés de Scarpa et de Wenzel, et sur le parallèle que je me propose d'établir entre ces deux opérations, je crois devoir rappeler d'abord quelques notions préliminaires, qui ont avec mon sujet la plus intime connexion : parmi ces notions les unes sont anatomiques, et relatives à la forme et aux dimensions des parties de l'œil qui ont coutume d'être intéressées dans l'une ou dans l'autre manière d'opérer ; les autres ont pour objet la maladie elle-

même, considérée surtout dans ses rapports avec la chirurgie. Quant aux détails, soit anatomiques, soit pathologiques, qui ne se rattachent que très-indirectement à mon sujet, je me bornerai à renvoyer le lecteur aux nombreux et excellens ouvrages que nous possédons, soit sur l'anatomie de l'œil, soit sur la cataracte.

I.re SECTION.

Description du globe de l'œil.

VI.

Aucune branche de l'anatomie n'a été plus cultivée, et avec plus de succès, que celle qui a pour objet la connaissance de l'organe de la vue. Parmi les auteurs qui s'en sont occupés j'ai cru devoir surtout consulter ZINN [1] et quelques-uns des académiciens français, particulièrement François PETIT. [2]

VII.

Le globe de l'œil n'a pas une forme exac-

1 Descrip. anat. oculi humani, iconibus illust. auct. J. G. ZINN.

2 Voyez les Mémoires de l'acad. des sciences de Paris, depuis 1723 jusqu'en 1730. PETIT s'est surtout occupé de la description géométrique de l'œil. J'ai consulté aussi l'Anat. du professeur SABATIER.

tement sphérique ; son diamètre antéro-postérieur, qui est ordinairement de dix à onze lignes, excède d'un quart de ligne, et quelquefois d'une demi-ligne, la longueur des autres diamètres. Plusieurs membranes et plusieurs humeurs entrent dans la composition de cet organe.

Parmi les premières, celles qui s'offrent d'abord à l'extérieur, sont la sclérotique et la cornée : ces deux membranes, d'un tissu très-dense, fournissent aux autres parties de l'œil une enveloppe solide et très-propre à les prémunir contre les injures des corps extérieurs ; la première, très-épaisse en arrière, où elle est traversée par le nerf optique, s'amincit graduellement en se portant en avant, et se trouve moins épaisse que la cornée à l'endroit où elle s'unit à cette dernière membrane.

VIII.

La cornée, placée à la partie antérieure de l'œil, a six à sept lignes d'étendue, mesurée en dehors et transversalement, c'est-à-dire, dans sa plus grande dimension. Son épaisseur est à peu près d'un tiers de ligne.[1] Cette membrane est reçue et en quel-

1 A l'œil cette membrane paraît avoir une ligne d'épaisseur;

ıe sorte enchâssée dans l'ouverture que lui ésente la sclérotique, de manière qu'elle trouve un peu recouverte en dehors par bord de cette ouerture, sur lequel au ntraire elle anticipe vers l'intérieur ; elle décrit pas la même courbe que la sclétique, mais elle représente un très-petit gment d'une sphère particulière, ajoutée une sphère tronquée, plus considérable, ue forme cette dernière. Le diamètre de sclérotique est le diamètre même du globe e l'œil [1]. Celui de la sphère à laquelle ppartient la cornée, est de sept à huit gnes ; la corde de l'arc qu'elle forme est u dedans de cinq lignes à cinq lignes et emie, et la flèche de cette corde, d'un eu plus d'une ligne.

La transparence de la cornée, sa structure lamelleuse, et la possibilité de la détacher de la sclérotique au moyen d'un procédé décrit par Demours, doivent faire egarder ces deux membranes comme étant ntièrement distinctes : au reste, l'une et autre ne jouissent, dans l'état naturel,

---

nais mesurée avec l'ophtalmomètre de Petit, elle n'a qu'un quart de ligne : je prends un terme moyen entre ces deux mesures.

1 C'est-à-dire, d'environ dix lignes. Voyez *N.°* 7.

que d'une médiocre sensibilité de relation.

IX.

A l'intérieur de la sclérotique on rencontre la choroïde, espèce de tunique mince et noirâtre, qui fait de l'œil une véritable chambre obscure ; entre ces deux membranes, qui n'ont que de faibles adhérences, excepté vers leur partie antérieure, se trouvent les vaisseaux et nerfs ciliaires. Ces derniers, aplatis, et semblables à de petits rubans, forment, avant de se rendre à l'iris, membrane dans laquelle ils vont se terminer, une espèce de plexus, ou entrelassement annulaire, difficile à détacher des membranes, entre lesquelles il se trouve placé précisément à l'endroit où leur union plus intime constitue cette bande circulaire connue sous le nom de ligament ciliaire. [1]

Si l'on examine la choroïde vers l'intérieur, on voit que, près de l'endroit où cette membrane adhère à l'iris, elle cesse d'être concentrique à la sclérotique, et qu'elle forme, en abandonnant cette dernière membrane pour se porter à la face anté-

1 La découverte de ce plexus appartient au professeur SÖMMERING.

ure du corps vitré, un grand nombre
petits replis triangulaires : ce sont les
ocès ciliaires, dont l'ensemble figure
tour du cristallin, entre l'iris et le corps
ré, un disque radié, d'une forme très-
égante, lequel a reçu le nom de corps
liaire. [1]

X.

La rétine, organe immédiat de la vision,
t une membrane molle et pulpeuse, for-
ée par l'expansion du nerf optique, placée
ntre la choroïde, à laquelle elle est con-
ntrique, et la convexité du corps vitré,
u'elle embrasse en forme de cupule con-
guë à l'une et à l'autre, et n'adhérant au
orps vitré que par l'artère centrale de ZINN,
ui pénètre ce corps pour se rendre à la
apsule cristalline. Légèrement froncée vers
endroit où le nerf optique s'insère dans
globe de l'œil, présentant au côté externe
e cette insertion une tache jaunâtre,
ercée dans son milieu d'une très-petite
uverture [2], la rétine se termine en devant

---

1 La choroïde n'a, comme les deux membranes précédentes, l'une médiocre sensibilité : on sait d'ailleurs qu'elle n'est point organe de la vision, comme l'avait prétendu MARIOTTE.

2 Cette découverte appartient encore au professeur SÖMERING.

par un bourlet circulaire, qui, selon quelques anatomistes, donne naissance à un prolongement membraneux, mince et transparent, qui va s'insérer à la circonférence du cristallin.

XI.

A la faveur de la diaphanéité de la cornée, on aperçoit, dans l'intérieur de l'œil, l'iris, membrane plane, circulaire, placée de champ, diversement colorée dans les différens sujets, et percée vers son milieu[1] d'une ouverture arrondie, *la pupille*, susceptible de se dilater et de se rétrécir suivant les mouvemens de l'iris, et dont le diamètre moyen est d'environ deux lignes.[2]

La structure particulière de l'iris, les propriétés vitales dont est douée cette membrane, semblent démentir le sentiment des anatomistes qui la regardent comme un prolongement de la choroïde; le décollement de l'iris, qui a lieu quelquefois dans

---

1 Je dis, vers son milieu, car cette ouverture n'occupe pas précisément le centre de l'iris; elle est placée un peu plus du côté du nez que du côté de la tempe.

2 Dans le fœtus, jusqu'au septième mois de la grossesse, cette ouverture est bouchée par la membrane de Vachendorf, qui, lorsqu'elle se conserve après la naissance, donne lieu à une espèce de cécité particulière.

pération de la cataracte par extraction, ntrarie également cette opinion. [1]

XII.

Le globe de l'œil est exactement rempli r trois humeurs : le corps vitré, le cris-llin [2], et l'humeur aqueuse.

Le corps vitré, ainsi nommé parce qu'on comparé, sous le rapport de la fluidité, du verre fondu, est une masse transpa-nte qui occupe le fond de l'œil. Ce corps t formé par une humeur visqueuse et mpide, renfermée dans les cellules d'une embrane extrêmement ténue, nommée yaloïde. [3]

Le corps vitré, dont le poids a été évalué environ cent grains, forme un peu plus

---

1 La facilité avec laquelle le décollement s'opère, a été observée par la plupart des oculistes. Guérin a déduit de cette opération un précepte fort sage sur le danger des pressions, pour forcer le cristallin à sortir par la pupille dans l'opération de la cataracte; et Scarpa a basé sur cette même observation la méthode de pratiquer des pupilles artificielles. Voyez *Traité sur les malad. des yeux, par* Guérin, *sect.* 2; *et* Scarpa, *ouv. cité, tom. II, chap.* 16.

2 Je range le cristallin parmi les humeurs, pour me conformer aux divisions et au langage des anatomistes.

3 Je ne décris pas le canal godroné, découvert par Petit, formé par la membrane hyaloïde. Quoiqu'il soit placé autour de la circonférence du cristallin, sa connaissance est peu importante relativement à l'opération de la cataracte.

des deux tiers d'une sphère dont on aurait retranché un segment vers la partie antérieure. C'est dans un enfoncement creusé sur la surface correspondante à cette section, que se trouve placé le cristallin.

XIII.

Le cristallin est un corps solide, diaphane, placé derrière l'iris, vis-à-vis la pupille, à un quart de ligne environ de cette ouverture; son poids est communément de quatre grains : il est d'une forme lenticulaire, plus convexe dans l'enfance qu'à toute autre époque de la vie, et ne présente pas sur ses deux faces la même convexité; car l'antérieure fait partie d'une sphère dont le diamètre serait de sept lignes et demie, tandis que la postérieure forme un segment d'une autre sphère d'un diamètre de cinq lignes et demie environ. Quant au diamètre de la circonférence du cristallin, il varie de trois à quatre lignes; la consistance de cet organe, presque toujours proportionnée aux progrès de l'âge, est beaucoup plus considérable au centre qu'à la surface.

Le corps lenticulaire est renfermé dans une capsule de même forme, transparente,

nce, surtout postérieurement, mais qui n est pas moins distincte de la membane hyaloïde, dont on a pu quelquefois la tacher, au moins en partie [1], formée antérieurement de deux lames, que Winslow parvenu une fois à séparer sur l'œil du eval [2]. L'extrémité des procès ciliaires tte sur la circonférence de cette capsule, ns y adhérer.

Le cristallin, renfermé dans sa membane, ne la remplit pas exactement : on ouve entre ces deux corps une humeur rticulière, connue sous le nom d'humeur Morgagni, quoiqu'elle ait été connue ant ce célèbre anatomiste [3] : la totalité cette humeur a été estimée à un demi-

---

1 La difficulté de séparer complétement la crystalloïde postérieure de la hyaloïde, dépend de la ténuité de ces membranes, et non de leurs moyens d'union, qui sont très-faibles; paraît que quelquefois une secousse imprimée au globe de il, a suffi pour rompre ces adhérences, qui se détruisent si quelquefois dans la cataracte. Voyez Janin, *Mém. et s. anat. et phys. sur l'œil; Mém. sur la caps. du crist.* Richter s'exprime ainsi dans un mémoire sur la cataracte : Ego qui frequenter operationem cataractæ peregi, quater nscius, saltem inopinatus, extraxi lentem capsulâ suâ luculenter obvolutam; hasque lentes extractas adhuc servo. » d. Richter, *Observ. chirurg. fasc.* 2, *cap.* 6.

2 Voyez Traité de la tête, §. 236.

3 Stenon l'avait observée.

grain. Dans un adulte, elle baigne de toute part de crystallin, mais se trouve un peu plus abondante en devant qu'à sa face postérieure.

Petit avait pensé que le cristallin se nourrissait par une sorte d'imbibition de l'humeur dans laquelle il est plongé; mais l'organisation bien manifeste de ce corps s'accorde mal avec cette hypothèse, qui se trouve d'ailleurs complétement renversée par les injections de Winslow, de Ruisch, de Zinn, et en dernier lieu par celles de Fragonard [1]. Comment enfin, en adoptant ce mode de nutrition, expliquera-t-on l'opacité du cristallin, qui commence presque toujours au centre de ce corps, et qui est quelquefois complète, quoique l'humeur de Morgagni ait conservé sa limpidité?

XIV.

L'espace compris entre la face antérieure du cristallin et la face postérieure de la cornée transparente, est occupé par une humeur limpide, légèrement albumineuse, qui se renouvelle très-promptement lorsqu'elle a

---

1 Fragonard, artiste anatomiste à l'école de médecine de Paris, conservait dans sa collection un cristallin injecté.

é évacuée, et dont la pesanteur spécifique surpasse guère celle de l'eau distillée, oiqu'elle contienne quelques sels en dis-lution.

L'espace qu'occupe cette *humeur aqueuse* trouve partagé par l'iris en deux cavités égales, connues sous les noms de chambre térieure et de chambre postérieure, qui mmuniquent entre elles par l'ouverture pillaire. La première, dont la profon-ur, plus grande vers le milieu de la rnée, diminue graduellement jusque vers circonférence de cette membrane, a viron douze lignes cubes de capacité, contient un peu moins de trois grains de uide ; la postérieure, moins profonde centre qu'à la circonférence, a une ca-cité d'à-peu-près quatre lignes cubes, renferme un peu plus d'un grain d'hu-eur aqueuse[1] : ces deux cavités sont tapis-s par une membrane très-fine, connue us le nom de membrane de Demours.

---

[1] On a nié l'existence de la chambre postérieure, mais existe réellement : ce qui le démontre, c'est que l'on ve une petite portion d'humeur aqueuse entre l'iris et le allin sur des yeux congelés ; on en rencontre aussi sur dont l'iris est imperforé.

XV.

Voici quelles sont les parties que traverserait successivement un stylet qui pénètrerait dans le globe de l'œil d'avant en arrière, et suivant la direction de l'axe visuel : la cornée, l'humeur aqueuse de la chambre antérieure, l'ouverture pupillaire, l'humeur aqueuse de la chambre postérieure, la partie antérieure de la cristalloïde, le cristallin, et l'humeur de MORGAGNI qui l'environne de toutes parts, la partie postérieure de sa capsule, l'humeur vitrée, et la membrane hyaloïde dans laquelle elle est contenue ; enfin derrière ces parties diaphanes se trouvent la rétine, la choroïde et la sclérotique.

XVI.

Les yeux, placés à la partie antérieure de l'orbite, qu'ils dépassent sensiblement en dehors, unis d'une manière très-lâche aux paupières, au moyen d'une membrane qui leur est commune avec ces deux voiles mobiles, *la conjonctive*, exécutent des mouvemens très-variés, que leur impriment les quatre muscles droits et les deux obliques. L'habitude établit entre ces organes moteurs une correspondance d'action telle que le

ux yeux se meuvent toujours simultané-
ent, et de telle manière que les deux
es visuels se trouvent toujours exactement
rallèles.

XVII.

Tous les physiologistes conviennent au-
urd'hui que la rétine est l'organe immé-
at de la vision, c'est-à-dire, qu'elle reçoit
ule l'impression des rayons lumineux, qui
nt ensuite absorbés par l'enduit noirâtre
i tapisse la face interne de la choroïde.
s parties transparentes que traversent
s rayons avant de parvenir à la rétine,
t pour usage de les réfracter et de les
re converger sur cette dernière mem-
ne : la cornée transparente et le cristal-
sont surtout propres à opérer cette
raction, soit par leur forme convexe,
it à raison de leur densité plus grande
e celle de l'atmosphère et celle de l'hu-
eur aqueuse. L'opinion erronée [1] qui at-
buait au cristallin les propriétés et les
ages qui appartiennent à la rétine, ne
mpte plus de partisans.

---

[1] Cette erreur physiologique a subsisté jusqu'à ce qu'il ait démontré qu'on peut conserver la faculté de voir, même ès l'extraction du cristallin.

Les mouvemens de l'iris, d'où résulte la dilatation et le resserrement de la pupille, suivant que l'œil a besoin d'admettre une plus ou moins grande quantité de rayons lumineux, sont déterminés sympathiquement par l'action de la lumière sur la rétine; car l'iris elle-même n'est pas susceptible d'être impressionnée par les rayons lumineux [1].

II. SECTION.

Histoire de la cataracte.

Variétés, causes, symptômes et diagnostic de la maladie.

XVIII.

Celse [2] avait dit que la cataracte [3] consistait dans la présence d'une pellicule membraneuse, opaque, formée par une humeur contre nature, laquelle, en se réunissant

---

1 Cette dernière vérité a été établie par d'ingénieuses expériences du célèbre Fontana. Voyez *les Traités de phys. de* Dumas, *tom.* 2; *et de* Richerand, *tom.* 2, 2.e *édit.*

2 Vid. Corn. Cels. lib. 6, cap. 6, §. 35; et lib. 7, cap. 7, §. 14.

3 Ce nom est dérivé du grec, et signifie *herse* ou *coulisse*. La cataracte est nommée par les Grecs *hypochisis* ou *hypochima*: les Arabes l'appellent *gutta obscura, aqua*: les Latins l'ont désignée par les mots *suffusio, cataracta.*

: se concrétant, interceptait les rayons de
ımière, et les empêchait de parvenir jus-
u'à leur destination : cette opinion fut gé-
éralement admise jusqu'au commencement
u dix-huitième siècle. Cependant, avant
ette époque, quelques écrivains [1] avaient
éjà annoncé que la cataracte résultait le
lus souvent de l'opacité du cristallin; mais
ette vérité ne fut bien établie que par
ntoine MAÎTRE-JAN [2], MERY [3] et BRISSEAU [4],
ui publièrent, en 1707, 1708 et 1709 [5],
es observations qui ne permettaient plus
ucun doute à cet égard.

Malgré l'authenticité de cette découverte,
uelques auteurs [6] restèrent encore attachés

---

1 Théophile BONET, BLÉGNY, Bernard ALBINUS, etc. Voyez
BATIER, *méd. op. tom.* 3.

2 Voyez ses obs. 1.re, 2.e, 3.e et 4.e, sur des cataractes
ont les yeux ont été opérés ou disséqués en 1682, 1685 et
91; *Traité des maladies de l'œil, par* Ant. MAÎTRE-JAN.

3 Voyez Mém. de l'acad. des sciences, ann. 1707 et 1708;
nouv. Traité des malad. des yeux, par de S. YVES.

4 Voyez Traité de la cataracte et du glocoma; et Mém.
l'acad. des sciences, 1705.

5 En 1713 MÉRY disséqua, en présence de l'académie des
iences, les yeux de M. Genty, qui avait été affecté de deux
taractes. M. Genty avait légué ses yeux à son ami, afin qu'il
it en tirer quelque lumière sur le véritable siége de cette
aladie. Voyez *Mém. de l'acad. des sciences, ann.* 1713.

6 On peut citer pour exemple WOOLHOUSE, qui s'est sur-
ut attaché à combattre MAÎTRE-JAN, BRISSEAU et HEISTER :

à l'ancienne opinion, et pour la concilier avec les faits nouveaux, ils regardèrent l'opacité du cristallin comme une maladie particulière, à laquelle ils appliquèrent la dénomination de *glocome*, déjà consacrée pour désigner une autre affection de l'œil, réservant le mot de cataracte pour désigner la formation de la prétendue pellicule membraneuse qu'ils persistaient à regarder comme un être réel. [1]

XIX.

Bientôt de nouvelles recherches anatomiques sur cette maladie, ayant appris que la cataracte avait quelquefois son siége dans la capsule du cristallin [2], soit à la partie anté-

ce dernier publia, en 1713, un traité particulier, en langue latine, sur la cataracte, le glaucome et la goutte sereine. Voyez *Dissert. savantes et crit. de M. de* Woolhouse.

1 Le fait suivant n'a pas peu contribué à maintenir l'ancien préjugé. Mery avait rendu compte à l'académie des sciences, le 20 Février 1707, d'une extraction du cristallin cataracté, opérée par S. Yves, et en avait conclu, avec raison, que cet organe est ordinairement le siége de la maladie. Le 28 Mai de la même année, Littre présenta à la même société une cataracte formée par une membrane placée derrière l'iris : on sent combien ce fait paraissait favorable à l'opinion ancienne. Il est vraisemblable que, dans ce cas, la maladie était une cataracte membraneuse avec adhérence de la cristalloïde antérieure à l'iris. Voyez *Mém. de l'acad. des sciences, ann.* 1707.

2 Cette découverte appartient à Morand et à Lapeyronie. Voyez *Mém. de l'acad. des sciences*, 1722.

rieure de cette membrane, soit dans sa partie postérieure, on a enfin reconnu qu'il existe des cataractes formées par une humeur contenue dans cette même capsule, et qui résulte ordinairement de la dissolution partielle ou totale du cristallin : ces deux dernières espèces ont été nommées, la première *cataracte membraneuse*, et l'autre, *cataracte laiteuse* ou *purulente*.

Il est inutile de faire observer que les diverses parties qui peuvent être le siége de la cataracte, c'est-à-dire, le cristallin, sa capsule, et l'humeur qu'elle renferme, peuvent perdre en même temps leur transparence. On distingue donc, relativement au siége, trois sortes de cataracte : la cristalline, beaucoup plus fréquente que les deux autres ; la membraneuse ; et enfin la cataracte humorale, qui existe rarement seule. On appelle cataracte mixte ou composée celle dans laquelle deux de ces mêmes parties ont perdu en même temps leur transparence [1]. Maître-Jan a nommé *accompagnemens de la cataracte*, de petits flocons

1 La cataracte, ainsi que plusieurs autres maladies des yeux, telles que l'ophtalmie, l'amaurosis, affectent souvent les deux yeux à la fois.

blanchâtres qu'on voit nager dans les deux chambres de l'œil après la dépression ou l'extraction de la lentille.

Lorsque la tache qu'on aperçoit derrière la pupille est mobile et obéit aux mouvemens de la tête, on dit alors que c'est une cataracte branlante.

XX.

Une distinction non moins importante que celles que je viens de rappeler, partage les cataractes en primitives et en secondaires : ces dernières, ainsi nommées de ce qu'elles surviennent après l'opération, peuvent dépendre du retour du cristallin à sa place ordinaire, lorsqu'on a pratiqué l'abaissement ; mais elles dépendent aussi quelquefois de l'opacité que contracte, après l'opération, la capsule cristalline, soit qu'on ait pratiqué l'abaissement, soit qu'on ait opéré par extraction [1].

XXI.

Cette maladie offre encore quelques variétés qui lui ont mérité des noms particuliers : on la nomme *blanche, cendrée, citrine,*

---

1 Voyez Mém. de l'acad. des sciences, ann. 1722 ; et Mém. de l'acad. de chir. t. VI, in-12.

arbrée, *ferrugineuse*, *noire*, à raison de couleur ; on l'appelle *pierreuse*, *molle* ou *aséeuse*, en ayant égard à la consistance du cristallin, etc. [1]

XXII.

La cataracte est le partage de la vieillesse. Dans cette période de la vie, lors même que le cristallin ne perd pas sa transparence, il prend ordinairement une couleur de topaze. Cette maladie peut cependant exister à toutes les époques de la vie, et même avant celle de la naissance. [2] J'ai eu moi-même occasion de la rencontrer deux fois sur de jeunes sujets. L'un d'eux fut opéré avec succès par extraction, à l'âge de douze ans.

XXIII.

Un coup porté sur l'œil [3], une ophtalmie

---

1 On distingue encore la cataracte en simple et en compliquée : or les complications les plus intéressantes à connaître, relativement à notre objet, sont les fluxions habituelles, l'albugo, l'amaurosis, le glaucome et l'immobilité de l'iris.

2 S. Yves rapporte un exemple de cataracte de naissance. Voyez son *Traité des maladies des yeux*.

3 Un soldat de la 30.e demi-brigade, s'étant blessé à l'œil droit avec la pointe d'un couteau, fut attaqué d'une ophtalmie, à la suite de laquelle il survint une cataracte. L'opacité était complète au bout de douze jours, à compter de celui de la blessure.

violente, peuvent déterminer la formation d'une cataracte. On a remarqué que les individus exposés à l'action d'une vive lumière, soit naturelle, soit artificielle, étaient plus exposés à contracter cette affection.

La cataracte ne dépend pas toujours de causes aussi évidentes ; et alors il devient bien difficile de prononcer à quel désordre intérieur elle doit son origine. On pense, et cette opinion n'est pas sans fondement, que la suppression d'un écoulement habituel, les affections artritiques, rhumatismales, scrofuleuses et siphylitiques, peuvent y donner lieu. [1]

XXIV.

Les signes qui peuvent faire reconnaître une cataracte, se déduisent du rapport du

---

1 Cataractam aliquandò esse morbum merè topiquum, id est, in integerrimo corpore oriri, aliquandò verò universi cujusdam corporis morbi symptoma et affectum esse, iterùm iterùmque observavi; arthriticos, podagricos, scrophulosos hoc morbo sæpè affligi, comperi, neque alios, ut venereos, potatores varioque modo cachecticos cacochimosque, rarò corripit. Richt. *Observ. chirurg. fascicul.* 2, *cap.* 6.

Novi cataractas ortas à rheumate lentem oculi afficiente. Stoll, *Rat. medend. pars* 3, *ephem.* 1779.

Quidam cataractâ mulctati asserebant se repentè visu fuisse privatos quo tempore febre acutâ fuerant detenti, quam biliosam fuisse existimanti constabat. Stoll, *Rat. med. pars* 3, *de morb. hepat. et icter.*

alade et de l'examen de l'organe affecté. orsque la maladie commence, la personne ui en est incommodée se plaint que sa ue s'affaiblit et se trouble : bientôt elle aperçoit plus les objets qu'au travers un uage, léger d'abord, mais qui devient cha- ue jour plus épais; cependant elle distingue ieux ceux qui sont placés de côté que ceux ui sont directement en face, et la vue est oins trouble dans l'obscurité que lorsque s yeux sont exposés à une vive lumière. a maladie faisant toujours des progrès, la ue s'altère de plus en plus, et le malade nit par devenir complétement aveugle, ais conserve cependant encore la faculté e distinguer la lumière des ténèbres. En xaminant l'intérieur du globe de l'œil, on perçoit derrière l'iris un nuage d'un blanc bscur. Bientôt le centre de la pupille pré- ente une tache distincte, diversement colo- ée chez les différens sujets. Cette tache ugmente peu à peu ; elle est environnée ar un cercle noir, plus large dans l'obscu- ité, plus étroit lorsque l'œil est exposé à ne lumière vive, et qui finit quelquefois ar disparaître complétement. [1]

1 L'explication de tous ces phénomènes découle naturel-

Parmi les variétés que présente cette maladie, relativement à la couleur de la tache placée derrière la pupille, la cataracte noire[1] est la seule dont le diagnostic puisse embarrasser un homme instruit ; cependant on ne confondra pas cette affection avec l'amaurosis, en ayant égard d'un côté aux symptômes que le malade a successivement éprouvés, et en examinant avec attention la pupille, qui est d'un noir terne, tandis que dans l'état naturel elle est d'un noir resplendissant.

Voici quels sont les signes qui pourront faire présumer que la cataracte est membraneuse. Elle est souvent la suite d'une inflammation ; elle se forme ordinairement dans un espace de temps très-court. La tache ne commence pas précisément au centre de la pupille, et lorsqu'elle a achevé de se former, elle la remplit entièrement. Elle n'est pas d'une couleur uniforme ; quelques

---

lement de la connaissance du mécanisme de la vision ; je n'ai pas cru devoir m'y arrêter.

1 Wenzel a reconnu et opéré avec succès deux cataractes noires, compliquées de l'immobilité de l'iris. Dehaen et Van-Swieten, qui assistèrent à l'opération, avaient pris la maladie pour une goutte sereine. *V. Traité de la cataracte par* Wenzel.

ints paraissent plus blancs. Enfin l'opa-
cé n'est pas complète.

La cataracte humorale ou laiteuse est un blanc de lait, souvent accompagnée de la dilatation et de l'immobilité de l'iris ; saillie que forme quelquefois la capsule cristalline fait paraître la tache au niveau même de l'iris. Quant aux cataractes mixtes, ce n'est que pendant ou après l'opération qu'on peut les reconnaître. Enfin il est impossible de se méprendre sur une cataracte secondaire, et de la confondre avec celle qui est primitive.

III. SECTION.

Traitement de la cataracte.

Traitement médical.

XXV.

On a vanté beaucoup de moyens comme ayant la vertu de rendre au cristallin, ou aux autres parties qui peuvent être le siége de la cataracte, leur transparence naturelle. L'expérience a prononcé qu'on doit à peine compter, même dans le commencement de la maladie, sur l'efficacité de ceux qui ont été les plus célébrés, tels que l'extrait de

ciguë, celui de jusquiame, etc. [1]; le calomélas et plusieurs autres préparations mercurielles; les sudorifiques, les sternutatoires, les divers exutoires, l'électricité, etc. Cependant, comme l'emploi de ces moyens, lorsqu'ils sont maniés par une main prudente, n'aggrave point la maladie et n'expose d'ailleurs le malade à aucun danger, il me semble qu'on devrait d'autant moins négliger d'y avoir recours, que l'opération ne doit jamais être pratiquée que lorsqu'il y a cécité complète.

XXVI.

S'il est à peu près démontré par l'expérience que la cataracte dépend souvent d'un principe morbifique répandu dans tout le système [2], pourquoi le symptôme particulier ne céderait-il pas, comme tous les autres, à l'action des remèdes propres à combattre la maladie générale? On lit dans les leçons de Boerhaave sur les maladies des yeux, l'exemple rapporté par Boyle de deux cataractes parfaites, et qui ne permettaient pas

---

1 Voyez Ant. Storck, Tract. quo demonstratur cicut. etc.; et libell. quo continuantur experimenta, etc.

2 Voyez plus haut les passages de Richter et de Stoll, N.° 23.

ême à celui qui en était affecté, de dis-
nguer la lumière des ténèbres, guéries
anmoins très-promptement par l'usage
une poudre sternutatoire, qui occasiona
usieurs accidens, mais particulièrement
s sueurs abondantes, des vomissemens,
s selles, la salivation; en un mot une
gmentation marquée de toutes les excré-
ons. Ces symptômes se calmèrent peu à
eu, et le malade se trouva parfaitement
éri. [1]

On trouve dans SCHENKIUS [2] l'observation
une cataracte complète, guérie par des
ictions mercurielles qui avoient été pres-
ites contre la maladie vénérienne. GENDRON
pporte deux faits semblables, dont l'un
i avoit été communiqué par LAFAYE, et
utre est puisé dans sa propre pratique [3].

---

1 Voyez Traité des malad. des yeux, par HERMANN et BOERAVE.

2 Voyez Obs. med. lib. de morb. gall. ob. 223.

3 Voyez Traité des maladies des yeux, par GENDRON, n. II, chap. 22. Voyez aussi HEISTER, Tract. de cataractâ instit. chirurg. tom. I, part. 2, sect. 2, cap. 55. HEISTER dans ce dernier ouvrage, et à l'endroit que je viens de ci-, qu'il est impossible de douter que plusieurs malades n'aient guéris par les remèdes, et même quelquefois par le *seul néfice de la nature*. Le docteur CHAMSERU en rapporte un emple dans les notes qu'il a jointes à l'article Cataracte, digé par WENZEL, dans l'Encyclop. méthod. Dict. de méd.

Un chirurgien anglais ayant eu occasion de remarquer qu'une inflammation survenue inopinément à un œil cataracté, avait rendu aux parties devenues opaques leur première transparence, imagina qu'en produisant artificiellement une inflammation modérée, il pourrait peut-être obtenir le même résultat; il versa en conséquence entre les paupières quelques gouttes d'éther sulfurique, tantôt pur, et tantôt mêlé avec une dissolution de sublimé corrosif : le succès le plus heureux couronna ses tentatives; et deux cataractes, l'une secondaire, l'autre primitive, furent guéries par ce moyen. [1]

Mon but, en rapportant ces derniers faits, n'est pas de les proposer pour modèles aux jeunes praticiens ; je veux seulement faire remarquer qu'il n'est pas impossible d'obtenir la résolution de l'espèce d'engorgement qui paraît constituer la cataracte. [2]

---

1 Werner, dans un Traité de la cataracte, publié en anglais. L'un des malades guéris par Werner fut obligé, après la guérison de la cataracte, de se servir d'un verre convexe, d'où cet auteur conclut que le cristallin avait été dissous. Richter, en rendant compte de l'ouvrage de Werner dans la Bibliothèque de chirurgie, adopte cette explication. *Note communiquée par M.* Lobstein.

2 Celse disait, il y a dix-huit siècles, en parlant de la

rconstances qui contre-indiquent l'opération; préparations.

XXVII.

Avant de commencer la description de ux procédés opératoires que je me propose comparer, il ne sera pas inutile de faire elques remarques sur les circonstances opres à nous faire distinguer les cas dans squels l'opération peut être entreprise, et r les précautions auxquelles il convient voir recours pour en assurer le succès.

XXVIII.

La première question qui se présente ici examiner, est celle de savoir s'il convient entreprendre l'opération lorsqu'il n'y a un des deux yeux cataractés : je pense elle doit être différée, 1.° parce qu'un ul œil suffit pour l'intégrité de la vision [1]; ° parce qu'il pourrait arriver qu'après l'oration, les deux yeux n'ayant plus le ême degré de force réfringente, la vue

---

aracte : « Inter initia nonnunquàm certis observationibus liscutitur. »

[1] Jurine pense que la force des deux yeux réunie « ne l'emporte que d'un treizième sur celle d'un œil exercé sépanent. » Voyez Richerand, *nouv. élém. de physiol. tom. II.*

fût moins distincte qu'elle ne l'était auparavant. [1]

XXIX.

Il est évident que l'opération, de quelque manière qu'elle soit exécutée, ne peut point rendre la vue au malade si la cataracte se trouve compliquée d'amaurosis : mais l'immobilité de l'iris n'est pas un signe certain de cette complication ; car, outre qu'elle peut dépendre des adhérences que cette membrane aura contractées avec la crystalloïde antérieure, ou bien encore de la pression qu'exerce sur elle le cristallin devenu trop volumineux, il est possible qu'une cause morbifique ait rompu le lien sympathique qui l'unissait à la rétine. Il faut alors s'assurer si le malade distingue encore la lumière des ténèbres ; s'informer si la diminution de la vue a été proportionnée à l'obscurcissement de la pupille ou si cette diminution a été subite, ou même si elle existait avant le commencement de la cataracte ; enfin on peut encore avoir recours à l'électricité ou au galva-

1 Le strabisme dépend souvent de l'inégale force des deux yeux.

ne [1], pour reconnaître si la rétine est
llement paralysée. Cet examen exige
utant plus d'attention de la part du pra-
en, que l'iris peut aussi avoir conservé
mobilité, quoique l'œil ait perdu la fa-
tté de voir. [2]

XXX.

Tous les praticiens conviennent que
pération ne réussit point ordinairement
ez les sujets qui ont été tourmentés par
s douleurs de tête habituelles, par des
htalmies opiniâtres, ou quelqu'autre ma-
lie chronique. Dans le cas d'ophtalmie
pération ne serait pas seulement inutile,
e pourrait encore être suivie d'accidens
us ou moins graves. Wenzel [3] a observé

Crève a proposé ce dernier moyen dans un ouvrage alle-
id *sur l'irritation métallique;* note comm. par M. Lobstein.
. J'ai cité plus haut l'observation d'une cataracte noire,
pliquée d'immobilité de l'iris, opérée avec succès par Wen-
. Cet oculiste a opéré à Paris avec le même succès, et en
sence du célèbre Louis, une cataracte qui présentait la
me complication. Ce malade était M. Recolin, memb. de
ad. de chir. Voy. Wenzel, *ouv. cité.* D'un autre côté,
in et Richter ont vu l'iris conserver sa mobilité, quoiqu'il
stât goutte sereine. V. Janin, *Mém. et Obs. anat. physiol.*
hysiq. sur l'œil, sect. XI, sur la mobilité de l'iris dans des
ix affectés de cécité; et Richter, *Obs. chirurg. fasc.* 2, *cap.*
de amaurosi.

3 Voyez l'ouvrage cité.

que pour la cataracte qui survient par cause externe, et se forme rapidement, elle réussit très-rarement. D'autres ont fait la même remarque pour celle qui affecte les jeunes sujets, surtout si elle dépend de quelque vice intérieur ; d'où l'on doit inférer que celles qui attaquent les vieillards, sans autre cause que les progrès de l'âge, sont celles dont on peut porter le pronostic le plus favorable.

XXXI.

Si le sujet qu'on doit opérer jouit d'ailleurs d'une bonne santé, il suffira, pour le préparer à l'opération, de diminuer pendant quelques jours ses alimens ; de lui faire prendre quelques bains de pieds, et une tisane légèrement laxative : quant aux médicamens proprement dits, à la saignée, etc., on ne doit recourir à ces moyens que quand une indication positive exige leur emploi.

XXXII.

Lorsque le globe de l'œil est enfoncé, peu volumineux, l'opération présente quelques difficultés, surtout si cet organe est en même temps très-mobile. On a conseillé de l'accoutumer au contact des instrumens

promenant une ou deux fois par jour, r sa surface, un stylet boutonné. J'ai vu professeur Dubois faire usage de ce oyen préparatoire, avec tant de succès, r une femme affectée de cataracte, qu'au oment de l'opération cette malade s'aper- t à peine qu'on la pratiquait : cette petite anœuvre, l'attention d'enfoncer convena- ement l'instrument, et la précaution de en employer que de très-parfaits, dispen- ront de recourir aux divers instrumens qui t été imaginés pour fixer le globe de l'œil, strumens auxquels les plus habiles ocu- tes paraissent avoir généralement renoncé.

pourtant l'excessive mobilité de l'œil fai- it craindre que l'œil ne pût être fixé pen- nt l'opération, et qu'il fût indispensable se servir d'un ophtalmostat, je pense qu'il udrait préférer l'instrument de Pamart, ec la correction de Rumpelt, ou mieux ncore avec celle de Demours. [1]

L'étroitesse de la pupille est un inconvé- ent qui peut donner lieu à quelques ac- dens, surtout lorsqu'on pratique l'extrac- on ; tels sont, par exemple, la blessure l'iris, ou le décollement de cette mem-

[1] Voyez Jour. de médecine, t. 63.

brane. Le docteur Reymarus a conseillé d
verser entre les paupières quelques goutte
d'une dissolution d'extrait de belladonna
cette liqueur produit une paralysie passa
gère de la rétine, et une dilatation très
marquée de la pupille. [1]

De la méthode d'opérer par dépression suivant le procédé de Scarpa.

XXXIII.

L'opération de la cataracte par dépres
sion consiste à déplacer le corps opaqu
situé derrière la pupille, et à le place
hors de l'axe de la vision, et ordinairemer
dans la partie inférieure du globe de l'œi
On n'emploie pour cette opération qu'u
seul instrument, auquel on donne le no
d'aiguille à cataracte, et dont la forme
varié au gré des praticiens qui se sont exerc
à cette opération ; celles figurées en fer d
lance, et tranchantes sur les deux bords
étaient néanmoins généralement préférée
Le professeur Scarpa a cru pouvoir subst
tuer avec avantage, aux aiguilles de cet
dernière forme, celle dont il donne la de

1 Extrait de la Bibliothèque britannique.

iption [1]. Un coup d'œil jeté sur la planche I de l'ouvrage de ce professeur, donnera e cet instrument une idée plus exacte que e pourrait le faire la description la plus étaillée. Qu'il me suffise de remarquer ue cette aiguille doit être très-étroite, tranante sur ses deux bords ; que son côté onvexe est plane dans toute son étendue, ndis que le côté concave présente un angle illant, de la même manière à peu près ue les aiguilles courbes dont on se servait, n'y a pas encore long-temps, pour la ture des plaies. Le manche de cette iguille, taillé à facettes, porte, sur le côté ui correspond à la convexité de la lame, ne marque particulière, au moyen de laquelle on peut reconnaître la direction de a pointe lorsque, plongée dans le globe de œil, elle se dérobe à la vue de l'opérateur.

XXXIV.

Le malade assis sur un siége un peu bas, a tête appuyée contre la poitrine d'un aide chargé en même temps de relever la paupière supérieure contre la base de l'orbite ; e chirurgien, après avoir recouvert et fixé

---

1. Voyez l'ouvrage déjà cité.

l'œil du côté opposé, se placera vis-à-vis le malade sur un siége un peu plus élevé : le pied correspondant à la main qui doit opérer, appuiera sur un tabouret, le doigt indicateur de la main opposée abaissera la paupière inférieure. [1]

XXXV.

Tout étant ainsi disposé, et la cataracte étant supposée du côté gauche, voici de quelle manière Scarpa conseille de procéder à l'opération. Le chirurgien saisit avec la main droite l'aiguille courbe, qu'il tient comme une plume à écrire; il en porte la pointe sur la sclérotique du côté de l'angle externe, à un peu plus d'une ligne de distance de l'union de cette membrane avec la cornée, et un peu au-dessous du diamètre transversal [2] : dans ce premier temps

---

1 Chacun sait qu'il faut choisir un jour serein, et opérer dans un appartement bien éclairé; il convient aussi que le malade soit à jeun, afin d'être moins exposé au vomissement. Du reste il importe peu que l'opération soit pratiquée dans telle ou telle saison. Stoll a cependant remarqué dans ses Éphémérides pour l'année 1778, que ceux qui avaient été opérés en juin et juillet n'avaient éprouvé aucun accident après l'opération, et que leur guérison s'était soutenue, tandis qu'il en était tout autrement pour d'autres cataractes opérées en août et en septembre. V. Stoll. *rat. med. pars* 3. *Ephemerid.* 1778.

2 Avant Daviel les partisans de l'abaissement ont beaucoup

e l'opération le manche de l'instrument t dirigé vers la tempe, qui offre à la ain du chirurgien un point d'appui solide; courbe que décrit la pointe de l'aiguille garde en dehors et un peu en avant.

L'instrument ayant été placé ainsi qu'il ent d'être dit, le chirurgien l'enfonce ns la sclérotique; et aussitôt qu'il a tra- ersé cette membrane, il imprime au manche n mouvement de bascule qui l'éloigne de tempe, en le portant en bas et en vant, afin de faire pénétrer plus facilement pointe recourbée de la lame : dirigeant nsuite la pointe de cet instrument vers pupille, il en fait glisser la convexité ir la partie supérieure du cristallin, sur quel il appuie, afin de le faire descendre n peu et être moins exposé par là à blesser corps ciliaire. Lorsque la pointe de l'ins- ument paraît derrière la pupille, il la di- ge en dedans, entre la face postérieure de iris et la convexité antérieure de la lentille. arvenu à l'extrémité interne du diamètre ansversal du cristallin, il enfonce profon-

---

rié sur ce point, depuis S. Yves, qui veut qu'on enfonce aiguille à une ligne de la cornée, jusqu'à Brisseau, qui ommande de l'enfoncer à un demi-travers de doigt de ette membrane. V. Sabatier, *méd. op. t.* 3.

dément la pointe de l'aiguille dans la capsule antérieure, et même dans la substance du cristallin ; puis, faisant décrire au manche de son instrument de petits mouvemens d'arc de cercle, il déchire cette caspule ; après quoi, pressant d'avant en arrière le cristallin, il l'enfonce profondément dans la partie inférieure de l'humeur vitrée, l'y maintient un instant, dégage ensuite son aiguille par un petit mouvement de rotation, et la retire du globe de l'œil en lui faisant suivre la route qu'elle avait déjà parcourue pour y pénétrer.

XXXVI.

Comme il importe de déchirer la convexité antérieure de la capsule, afin de prévenir la cataracte membraneuse secondaire l'opérateur doit apporter la plus grande attention, afin de reconnaître si, au moment où l'instrument paraît dans l'ouverture pupillaire, il se trouve vraiment placé devant la capsule du cristallin, et non entre celle-ci et le cristallin lui-même ; s'il avait cette dernière position, on le reconnaîtrait à l'éclat moins brillant de l'instrument, à la résistance qu'on éprouverait en dirigeant

a pointe vers la pupille, ou en la portant vers le grand angle de l'œil.

Pour remédier à cet inconvénient, et assurer de plus en plus la rupture de la capsule, il suffira d'imprimer un mouvement de rotation à l'aiguille, mouvement par lequel sa pointe, dirigée en avant, percera nécessairement la capsule : après quoi on achèvera l'opération comme il a été dit précédemment.

Si, après avoir déprimé le cristallin, la pupille ne présentait pas une couleur noire, brillante ; si, au lieu de cette netteté qu'elle doit offrir, elle paraissait légèrement terne, il faudrait soupçonner que la capsule n'a pas encore été déchirée, et réitérer en conséquence les mouvemens propres à opérer ce déchirement, jusqu'à ce que la pupille eût repris cet éclat qui lui est naturel.

XXXVII.

Le procédé qui vient d'être décrit est particulièrement applicable à l'espèce de cataracte la plus fréquente, c'est-à-dire, à la cataracte cristalline, dans laquelle la lentille, ayant conservé sa consistance naturelle, peut facilement céder à la pression de l'aiguille, et être ainsi portée dans l'hu-

meur vitrée ; mais ce procédé doit subir quelques modifications lorsqu'il est question d'opérer, soit une cataracte molle, soit une cataracte membraneuse, soit enfin une cataracte liquide.

1.° Lorsque la cataracte est molle ou caséeuse, et que le chirurgien, après avoir déchiré, dans la plus grande étendue possible, la capsule antérieure du cristallin, aura tenté vainement de le déprimer, il verra flotter, soit dans la chambre postérieure, soit dans l'antérieure, les fragmens de ce corps ramolli ; alors il divisera avec la pointe de l'aiguille les parties les plus volumineuses de cette substance, et afin qu'elles ne demeurent pas vis-à-vis la pupille, il les poussera avec la pointe de l'instrument, de la chambre postérieure dans l'antérieure, à la partie inférieure de laquelle elles descendront par leur propre poids, pour s'y dissoudre peu à peu dans l'humeur aqueuse, et être ensuite résorbées par les lymphatiques.

2.° On tient à peu près la même conduite lorsque la cataracte est membraneuse, soit qu'elle soit primitive ou consécutive, soit que l'opacité réside dans la partie antérieure

e la capsule, soit que ce soit l'hémisphère ostérieure qui ait perdu sa transparence. n effet, l'opération consiste alors à réduire ette membrane en lambeaux, en roulant aiguille entre les doigts, et à faire ensuite uccessivement passer tous ces débris opa- ues dans la chambre antérieure, où ils oivent également éprouver une dissolution.

3.° Si l'on opère une cataracte liquide, n voit, au moment même où la pointe de aiguille perce la capsule, la matière puri- orme qui y était contenue, se mêler à humeur aqueuse et en troubler la trans- arence. Le chirurgien n'a plus alors, pour chever l'opération, qu'à faire exécuter à pointe de l'aiguille de petits mouvemens 'arc de cercle pour déchirer complétement capsule.

4.° Enfin, lorsque l'opacité réside en même emps et dans le cristallin et dans sa cap- ule, il est aisé de voir qu'on doit, après voir déprimé la lentille, diviser la mem- rane pour en faire passer ensuite les lam- eaux dans la chambre antérieure.

XXXVIII.

Il résulte de cet exposé du procédé opé- atoire décrit par le professeur Scarpa, que

les parties intéressées par l'aiguille sont, la conjonctive, l'aponévrose du muscle droit externe, la sclérotique, la choroïde, la rétine, ou du moins le prolongement membraneux auquel elle donne naissance, la membrane hyaloïde et l'humeur vitrée, enfin la capsule du cristallin. La perfection de cette opération, dans les cas les plus simples, consiste, selon son inventeur, en deux points : 1.° déchirer dans toute son étendue la capsule antérieure, lors même qu'elle a conservé sa transparence; 2.° enfoncer le cristallin profondément dans l'humeur vitrée. Lorsque la cataracte est membraneuse, ou lorsque le cristallin ramolli ne peut être déprimé, le but qu'on doit se proposer d'atteindre est, 1.° de diviser en petites parcelles le corps opaque; 2.° de n'en laisser aucune derrière l'iris, et surtout vis-à-vis la pupille.[1]

De la méthode d'opérer par extraction, et en particulier du procédé de WENZEL.

XXXIX.

Il paraît que l'extraction de la cataracte

1 Il faut lire, pour tout ce qui a rapport au procédé, l'ouvrage de SCARPA lui-même : l'idée d'employer une aiguille courbe lui fut suggérée par le hasard, comme on le voit par la note insérée au bas des pages 87 et 88.

uit connue des médecins grecs [1] et arabes [2], même des médecins de Rome. [3] Mais lle fut la force des préjugés contre cette ération, que, malgré les succès dont elle ait été couronnée, les ouvrages de méde- ne n'en firent mention que pour la con- mner. [4] Ce préjugé a subsisté jusqu'au mmencement du dix-septième siècle : à tte époque Mery, ayant démontré que la taracte dépendait le plus ordinairement de pacité du cristallin, imagina que ce corps urrait être enlevé sans que le malade rdît la faculté de voir. Voici à quelle oc- sion Mery conçut ce projet d'opération.

---

1 In suffusione, quod hypochyma vocant . . . . non desunt i hæc quoque vacuare sint aggressi etc. Gall. *meth. med. lib.* , *cap.* 13.

2 Et homines quidem habent vias diversas in exercendo cu- n aquæ, quæ fit cum instrumento, ita ut quidam sint i disrumpunt inferiorem partem corneæ et extrahunt aquam r eam, et hoc est in quo est timor, etc. Avicen. *lib.* 3, *fen.* *tract.* 1, *cap.* 20.

3 Pline le naturaliste parle clairement de l'abaissement de l'extraction de la cataracte dans ce passage. « Squam- mam in oculis emovendam potiùs quàm extrahendam. » Plin. *t. nat. lib.* 29, *cap.* 1.

4 Il est encore fait mention dans les auteurs d'une méthode pérer la cataracte, qui consiste à faire un trou à la cornée ec une aiguille cannulée, et à tirer la cataracte par suc- on ; on voit assez que cette méthode, qui paraît avoir é connue d'Albucasis, n'a jamais pu être mise en pratique. *Hist. de la chirurg. t.* 2, *liv.* 6, *pag.* 611 *et suivantes.*

S. Yves fut consulté, en 1707, pour un marchand de la ville de Sedan, lequel s'était rendu à Paris pour une cataracte branlante, qui était passée dans la chambre antérieure par l'ouverture de la pupille : ce malade éprouvait depuis trois mois une douleur de tête considérable, avec insomnie. S. Yves, réfléchissant qu'on ouvrait impunément la cornée pour en évacuer la matière d'un abcès contenue dans la chambre antérieure, n'hésita point à pratiquer la même opération pour extraire le corps opaque renfermé dans cette cavité. L'opération fut pratiquée en présence de Mery. Le cristallin qui fut extrait par cette opération, au grand étonnement de l'opérateur et de l'académicien [1], avait une consistance plâtreuse. Le malade dormit bien la nuit suivante, et le lendemain l'humeur aqueuse était entièrement régénérée. L'année suivante la même opération fut pratiquée et avec le succès le plus complet par Jean-Louis Petit, en présence de S. Yves et de Mery, sur un ecclésiastique qui avait été opéré plusieurs années auparavant par la méthode d'abaissement, et

1 Ils s'attendaient à voir sortir la membrane accidentelle qu'on croyait encore à cette époque former la cataracte.

nt le cristallin était passé par le trou
la pupille à l'occasion d'un effort. [1]
S. Yves, en rendant compte de ces opéra-
ns, rapporte un troisième fait très-analo-
e aux deux précédens. Huit ans après (en
n6), un homme ayant été blessé à l'œil,
cristallin, sans avoir perdu sa transpa-
ice, se détacha et passa dans la chambre
térieure, d'où il fut extrait non sans
elque difficulté, parce qu'il avait contracté
s adhérences avec l'intérieur de la cornée;
tte dernière opération fut également suivie
succès. [2]

XL.

Il ne restait plus qu'un pas à faire pour
iiver ou plutôt pour en revenir à l'extrac-
n ; cependant ce ne fut qu'en 1752 que
te opération fut de nouveau érigée en
thode par Daviel. [3] Ce célèbre oculiste
agina un grand nombre d'instrumens,
uns destinés à faire l'incision de la cor-
e, les autres à ouvrir la capsule cristalline,
utres enfin à faire sortir le cristallin. [4]

Voyez Mém. de l'acad. des sciences, 1708.

Voyez Nouveau Traité des maladies des yeux, par S. Yves,
. 2, ch. 21.

Voyez Mém. de l'acad. de chirurgie, t. 5, in-12.

J. H. Faltag, dans une dissertation imprimée à Stras-

Quoique la méthode de DAVIEL fût bien éloignée du degré de perfection auquel elle est parvenue depuis, l'auteur en obtint des succès si nombreux [1] qu'un grand nombre de chirurgiens français ou étrangers s'empressèrent de l'adopter. GARENGEOT, LAFAYE, PALUCCI, POYET, SHARP, TENON, BERENGER, PAMART, RUMPELT, DEMOURS, BELL, GUERIN de Lyon, GUERIN de Bordeaux, DUMONT, BECQUET, etc., s'occupèrent de la perfectionner. Je ne me propose point d'exposer ici leurs divers procédés, ni les instrumens qu'ils ont imaginés pour les exécuter [2];

---

bourg avant la découverte de DAVIEL, et même avant la publication des Instituts de chirurgie de HEISTER, dit que son père avait souvent extrait, avec des aiguilles crochues, des cataractes membraneuses : HEISTER élève des doutes sur cette assertion. V. *Inst. de chirurgie, p.* 2, *sect.* 2, *ch.* 4. On a prétendu aussi que TAYLOR, oculiste anglais, avait pratiqué en 1737 l'extraction de la cataracte, en faisant une incision à la cornée. DAVIEL réfute cette seconde assertion : ainsi il mérite d'avoir reproduit la méthode d'extraction, demeurée chirurgien français.

1 Voyez Acad. de chirurg. mém. cité, t. 5 in-12; et plus bas, N.° 68.

2 On peut consulter les Mém. de l'acad. de chir., les Transactions philos., le Dictionnaire de chirurg. de l'Encyclopédie méthodique; les Traités de chirurgie de BELL, BERTRAND, RICHTER, de M. SABATIER; et, parmi les Traités des maladies des yeux, celui de PELLIER de QUENGSY, fils, publié en 1779, et dans lequel on trouve décrits dix-neuf procédés pour l'opération de l'extraction. V. *t.* 2 *de cet ouvrage.*

: contenterai de remarquer que tous ces
océdés ont pour but commun l'incision
la cornée dans sa partie inférieure, et
lle de la capsule cristalline. Parmi les
teurs que je viens de nommer, les uns
sont proposés de rendre plus nette la
tion de la cornée ; les autres, d'éviter
ndant cette section la blessure de l'iris ;
ux-ci, d'abréger la durée de l'opération ;
ux-là, de faciliter l'issue du cristallin ;
sieurs se sont attachés à imaginer des
oyens propres à fixer le globe de l'œil;
fin il en est qui ont cru pouvoir arriver
n degré de simplicité tel que le chirur-
en fût non-seulement dispensé de la néces-
é d'être ambidextre, mais même de cette
èreté de la main qui ne peut s'acquérir
e par une grande habitude.

XLI.

Le procédé de Wenzel, étant généralement
gardé comme celui qui réunit le plus
vantages, ayant été d'ailleurs couronné
r des succès nombreux, est aujourd'hui le
s généralement adopté ; c'est pour cette
son que j'ai cru devoir le choisir de pré-
ence à tous les autres, afin de pouvoir

l'opposer avec avantage au procédé de Scarpa. [1]

Wenzel n'emploie pour pratiquer l'opération de la cataracte, qu'un seul instrument, qui porte le nom de cératotome [2]: c'est un petit couteau, dont la lame, parfaitement droite, longue d'environ dix-huit lignes, a trois lignes de largeur vers sa base, et va en diminuant insensiblement vers la pointe extrêmement aiguë qui la termine; cette lame, légèrement convexe sur ses deux faces, est tranchante dans toute la longueur du bord inférieur, tandis que le bord supérieur, moins convexe que le précédent, n'est tranchant que vers la pointe dans l'étendue d'une ligne et demie

---

1 Il faut lire dans l'ouvrage de Wenzel, fils, que j'ai déjà eu occasion de citer, tous les détails de ce procédé.

2 Cet instrument diffère à peine de celui que Richter a décrit et fait graver dans son ouvrage intitulé, *Observationum chirurgicarum fasciculus primus.* Wenzel, dans l'ouvrage cité, accuse Richter d'avoir acheté à Londres, chez un coutelier nommé Savigny, l'instrument de son père, et d'en avoir publié, à son retour, la description, comme s'il en eût été l'inventeur. Le célèbre chirurgien de Gœttingue me paraît avoir répondu à cette imputation dans sa Bibliothèque de chirurgie. Voyez *Bib. du Nord, par* J. Rougemont, *t.* 1, 2. J'ai ouï dire que Richter avait modifié son instrument en prolongeant la pointe de la lame sous la forme d'une aiguille très-étroite; cette correction ne me paraît pas heureuse.

n de faciliter l'entrée de l'instrument ns l'épaisseur de la cornée. Le manche r lequel cette lame est fixée, est taillé acettes, comme celui des aiguilles à abaisment. Cet instrument s'emploie indifféremnt pour l'œil droit et pour l'œil gauche.[1]

XLII.

Tout étant disposé comme dans l'opéran de Scarpa, et dans la supposition qu'il git d'opérer sur l'œil gauche, le chirurgien isit le cératotome comme l'aiguille à abaisment, appuie les deux derniers doigts sur tempe, et aussitôt qu'il aperçoit que l'œil t calme, il perce la cornée à une demine de la sclérotique, au-dessus de l'extréité de son diamètre transversal.[2] L'instru-

---

La cataracte est de toutes les opérations de chirurgie e qui me paraît exiger le plus de perfection dans les trumens employés pour la pratiquer : quand elle réus- l'ouvrier qui a fabriqué les instrumens, doit toujours tager l'honneur du succès. J'ai vu se briser dans l'œil re les mains d'un chirurgien du premier mérite, un touri de Wenzel.

Quelques praticiens pensent que les accidens inflammares sont plus graves lorsqu'on fait l'incision de la cornée s-près de l'union de cette membrane avec la sclérotique ; te opinion pourrait être étayée par les résultats de la praue de Sharp. Cet auteur conseille de faire l'incision le plus s possible de la sclérotique : or on voit par la lecture du ond mémoire qu'il présenta en 1753 à la société royale

ment doit être plongé hardiment et dan
une direction presque perpendiculaire à l
cornée, sans quoi il pourrait glisser entre
les lames de cette membrane, et l'ouver
ture, quoique très-grande extérieurement
ne le serait point assez en dedans pou
livrer passage au cristallin.

Lorsque la pointe de l'instrument es
parvenue dans la chambre antérieure, c
qu'on reconnaît au défaut de résistance
l'opérateur porte en dehors le manche d
l'instrument, afin d'éloigner sa pointe d
l'iris ; il l'enfonce ensuite jusque vers l
pupille, suivant la direction d'un diamètr
oblique de haut en bas et de dehors e
dedans : parvenu à cette ouverture, il abaiss
de nouveau le manche de l'instrument, fa
pénétrer la pointe dans la chambre post
rieure, perce la membrane cristalline, dé
gage ensuite la pointe du cératotome d
l'ouverture pupillaire, et la poussant dan
la direction qu'elle avait suivie d'abord,
traverse de nouveau la cornée transparent
de dedans en dehors, et au point diam

---

de Londres, que sur dix-neuf malades qu'il avait opérés
n'y en eut pas un qui eût éprouvé une inflammation consid
rable.

lement opposé à celui où l'incision a été
mmencée : enfin il achève cette section
continuant d'enfoncer l'instrument sans
cliner le tranchant, mais en portant le
anche en dehors afin d'éviter de blesser
nez. Si l'on éprouve de la difficulté à
ever la section de la cornée, l'indicateur
uche, placé au côté externe de la scléro-
ue, fixera l'œil et fournira un point
ppui convenable à l'instrument. Si l'opé-
ion est exécutée avec promptitude et
xtérité, la section de la cornée se trouve
hevée avant que l'humeur aqueuse ait eu
temps de s'écouler : dans le cas con-
ire, l'iris vient quelquefois se présenter
us le tranchant du bistouri ; il faut alors
ire de légères frictions sur la cornée avec
ndicateur de la main gauche, et l'on voit
ssitôt l'iris se dégager et se replacer der-
ère la lame de l'instrument. Après avoir
hevé la section, le chirurgien ferme un
stant les paupières, afin de permettre à
ris de se dilater; il presse en même temps,
ais très-légèrement, sur le globe de l'œil,
ns l'intention de faciliter la sortie du cris-
llin.

XLIII.

La cornée et la capsule cristalline son les seules parties intéressées dans le procédé que je viens de décrire. [1] La plaie de la cornée doit présenter une ligne demi-circulaire, dont la convexité regarde en bas e en dehors. Cette direction oblique, que Wenzel conseille de donner à l'incision expose moins à blesser la caroncule lacrymale et le côté du nez; elle présente en outre les deux avantages suivans : 1.° l'humeur aqueuse s'écoule moins promptemen pendant l'opération; 2.° le lambeau de la cornée se trouve exactement appliqué contre la lèvre externe de la plaie par la paupière supérieure, et le malade se trouve bien moins exposé au staphylôme que quand on a pratiqué la section transversale. Cependant, lorsque l'œil est enfoncé et que la base de l'orbite fait une saillie considérable la section oblique devient impraticable; il vaut mieux alors enfoncer le cératotome suivant la direction du diamètre transversal

1 Il en est de même de tous les procédés qui appartiennen à la méthode d'extraction; ils ne diffèrent que par la manière d'inciser, et par les instrumens propres à cette incision : il constituent donc une seule méthode.

e la cornée. D'un autre côté, lorsque l'œil st très-mobile, la pupille fort étroite; orsque la chambre postérieure est plus pro- onde, ou la capsule cristalline plus épaisse ue dans l'état naturel, il devient extrême- ent difficile d'inciser cette membrane en même temps qu'on fait la section de la ornée. Cette manœuvre, dont le principal vantage est de faire briller l'opérateur, ans lequel elle suppose en effet une rande dextérité, expose toujours à blesser iris. On doit donc, au moins dans les cas ue je viens de supposer, préférer l'opéra- ion en deux temps, c'est-à-dire, qu'après voir incisé la cornée on relèvera le segment, oit avec une petite pince, soit avec une urette, et l'on conduira ensuite à travers a pupille la pointe même du cératotome, u une aiguille droite à abaissement, ou mieux encore le cystitome de Lafaye [1], fin d'ouvrir la capsule du cristallin.

Une dernière observation sur le procédé le Wenzel est relative au cératotome. J'ai remarqué, avec beaucoup de praticiens, que la lame de cet instrument était un peu

[1] Voyez la figure de cet instrument, pl. 21, t. 6 in-12, des Mém. de l'acad. de chirurg.

trop étroite, et qu'en lui donnant une ligne de largeur de plus vers la base, la section de la cornée deviendrait plus facile, et s'exécuterait par le seul mouvement horizontal de l'instrument, sans qu'on fût obligé de presser de haut en bas. Cette remarque devient de plus en plus frappante, si, comme je l'ai fait plusieurs fois, on s'exerce en même temps à pratiquer l'opération avec les trois instrumens de LAFAYE, de WENZEL et de BERENGER. [1]

XLIV.

Il est certaines circonstances qui peuvent rendre l'opération de l'extraction plus difficile, et exiger quelques modifications dans la manière de l'exécuter ; je vais les parcourir rapidement, comme je l'ai déjà fait à l'égard du procédé de SCARPA.

Lorsque le cristallin laisse après lui ces

---

1 L'instrument de WENZEL est plus large que celui de LAFAYE, et moins que celui de BERENGER. Voici la description de ce dernier : sa lame a dix-huit lignes de long ; elle est droite ; mousse le long du bord supérieur, excepté à une ligne de la pointe, tranchante dans toute la longueur de son bord inférieur ; elle a quatre lignes de largeur à six lignes de la pointe ; enfin elle est évidée sur ses deux faces. DESAULT et CHOPART préfèrent cet instrument à celui de WENZEL. Voyez *Traité des mal. chirurg. et des opérat.* t. 1.

ocons opaques que nous avons nommés, vec Maître-Jan, accompagnemens de la ataracte, il faut en faire soigneusement extraction ; car il pourrait arriver que, se éunissant vis-à-vis la pupille, ils donnas- ent lieu à une cataracte secondaire. On oit donc toujours relever le segment de la ornée après la sortie du cristallin, et exa- iner si l'on n'aperçoit pas quelques-uns e ces débris devant ou derrière l'iris : s'il 'en rencontre, on fera d'abord sur l'œil de etites frictions, dont l'effet est ordinaire- nent de les rassembler devant la pupille ; près quoi il en faut faire l'extraction, soit u moyen de la curette, soit en les saisis- ant avec les pinces. Si l'on ne pouvait y arvenir, on injecterait dans l'œil quelques gouttes d'eau distillée. Le professeur Lassus a employé avec succès ce dernier moyen. [1]

XLV.

Il n'est pas rare qu'il se rencontre des obstacles à la sortie du cristallin : ils dépendent tantôt des adhérences que ce corps a contractées avec les parties qui l'environnent, ce qui a lieu ordinairement dans les

1 Voyez Traité de la médecine opérat. t. 2.

cataractes très-anciennes ; et tantôt de l'étroitesse de la pupille, ou de celle de la plaie faite à la cornée. Dans le premier cas, on facilitera la sortie du cristallin, soit au moyen de l'aiguille à abaissement [1], soit avec la curette, soit avec quelqu'autre instrument propre à l'ébranler et à la culbuter. On peut aussi le saisir avec de petites pinces, dont on enfonce la pointe dans sa substance.

Si l'ouverture pupillaire était très-étroite, et qu'on eût employé vainement pour la dilater le moyen dont il a été parlé plus haut [2], il serait dangereux d'insister sur la pression du globe de l'œil, qui ne manquerait pas de déterminer la sortie d'une grande portion de l'humeur vitrée [3], ou le décollement de l'iris ; il vaudrait mieux dans ce cas, qui heureusement est extrêmement rare, agrandir l'ouverture de l'iris avec de

---

1 L'aiguille de Scarpa pourrait être utilement employée dans ce cas.

2 Voyez N.° 32.

3 Richter a remarqué que, lorsqu'une partie du corps vitré sort pendant ou après l'opération, la plaie de la cornée, en se rétrécissant, étranglait la portion de cette humeur qui se trouve en dehors, et la séparait. Il conseille en conséquence de fermer aussitôt les paupières, et de tout abandonner à la nature. Voyez *Obser. chirurg. fasc.* 1.

etits ciseaux, comme Wenzel conseille de pratiquer. [1]

Lorsque la lentille cristalline, parvenue ans la chambre antérieure, ne peut tra- erser la plaie de la cornée, c'est presque ujours par la faute du chirurgien, qui, ans le premier temps de l'opération, n'a as donné au cératotome une direction con- enable [2]; il faut alors agrandir l'incision, oit au moyen du même instrument, soit vec les ciseaux courbes de Daviel.

La difficulté d'extraire le cristallin peut ncore dépendre de ce que ce corps aura té enfoncé dans l'humeur vitrée; il faut, ans ce cas, aller le saisir, soit avec des inces, soit avec une aiguille recourbée, u bien encore avec un petit crochet en orme d'érigne. Si l'on avait essayé vaine- nent d'extraire le cristallin enfoncé dans 'humeur vitrée, il faudrait suspendre l'opé- ation; il peut au bout de quelques heures, u même après un ou deux jours, venir se résenter dans la chambre antérieure, d'où 'on pourra facilement le retirer. [3]

---

1 On verra plus bas que cette incision de l'iris peut s'exécuter sans inconvénient.

2 Voyez N.° 42.

3 M. Chaussier a publié, dans les Mémoires de l'académie

XLVI.

Dans la cataracte purulente, comme dans la cataracte mixte, l'ouverture de la capsule donne lieu à l'effusion de la matière renfermée dans cette membrane; et si, comme il arrive ordinairement, le cristallin se trouve réduit à un petit volume, il sort avec la plus grande facilité.

XLVII.

La cataracte membraneuse est sans contredit celle dont l'extraction présente le plus de difficulté, surtout lorsqu'elle est secondaire. La blessure de l'iris, l'issue de l'humeur vitrée, l'irritation et l'inflammation du globe de l'œil, déterminées par le contact trop prolongé des instrumens, tels sont les accidens auxquels on est plus particulière-

---

de Dijou, un fait de cette espèce, et qui n'est pas moins intéressant sous plusieurs autres rapports : 1.° la cataracte était accompagnée de douleurs très-vives; 2.° elle appartenait à cette variété assez rare que l'on nomme cataracte branlante; 3.° le corps vitré, qui était dans un état de dissolution, sortit presque en totalité dès que la cornée eut été incisée; 4.° le cristallin ne se présenta que le second jour à l'ouverture de la cornée, et fut extrait avec une érigne; 5.° le malade fut complétement guéri au bout de huit jours. Ce fait a suggéré à M. Chaussier l'idée d'opérer l'extraction en deux temps. Voyez *Précis ou Cours d'opérat. sur la chir. des yeux*, par Pellier de Quengsy fils, *t.* 1, 7 *démonstration.*

ent exposé : voici au reste comment doit exécuter l'opération délicate qu'exige cette riété de la maladie.

Aprés avoir extrait le cristallin, en supposant que la cataracte soit primitive [1], il ut, comme l'a conseillé DAVIEL, cerner membrane opaque par une section circuire, exécutée au moyen d'une aiguille très-iguë et très-étroite [2], et en enlever ensuite s lambeaux avec de petites pinces. On servira de ciseaux très-déliés pour aller ouper ceux qui resteraient encore adhéens.

XLVIII.

La sortie d'une portion plus ou moins onsidérable de l'humeur vitrée avec le crisallin, est le plus souvent déterminée par es pressions exercées sur l'œil avec trop

---

1 Il faut toujours, dans ce cas, faire sortir le cristallin. n effet, 1.° il est très-difficile de déterminer *à priori*, si cataracte est purement membraneuse; 2.° le cristallin, issé derrière la pupille, pourrait devenir opaque; 3.° sa psule étant enlevée, il pourrait passer dans la chambre anérieure, et nécessiter encore une seconde opération.

2 L'auteur anglais que j'ai déjà cité, WARNER, conseille, vant d'ouvrir la capsule, de la cerner vers sa circonférence ar de petites piqûres très-rapprochées, de manière qu'elle uisse ensuite être enlevée en totalité en la saisissant avec des inces. *Note communiquée par* M. LOBSTEIN.

peu de ménagement ; elle peut dépendre d'un état de dissolution de cette humeur.[1]

XLIX.

Si l'iris vient à s'engager dans les lèvres de la plaie, rien n'est plus facile que de la replacer avec la curette ; lorsqu'elle a déjà contracté des adhérences, cette réduction devient impossible, et il se forme ordinairement une petite tumeur connue sous le nom de staphylôme[2], qui tantôt disparaît par la seule pression des paupières, et tantôt résiste à cette pression, et doit alors être consumée par les caustiques, ou enlevée par la ligature ou l'incision.[3]

Quelquefois la circonférence de l'iris se détache de la choroïde au moment où le cristallin, sorti de son chaton, presse sur la partie postérieure de cette membrane ; si ce corps se présente vis-à-vis cette nouvelle ouverture, il faut faciliter son pas-

---

1 Voyez l'obs. du professeur Chaussier, rapportée plus haut.

2 Les oculistes pensent qu'après l'opération le déplacement de la membrane de Demours peut former une autre espèce de staphylôme.

3 Janin et Richter vantent parmi les caustiques le beurre d'antimoine. Wenzel préfère à tout autre moyen l'instrument tranchant. Voyez Janin, *Mém. et Obs. anat. physiol. et phys. sur l'œil ;* Richt. *Observ. chirurg. fasc.* 2, *et* Wenzel, *ouv. cité.*

ge, et non s'obstiner à le faire remonter rs la pupille. Au reste, ce décollement l'iris, qui a été souvent observé, ne raît, ainsi que la blessure de cette membrane, nuire en aucune manière au succès l'opération, soit que l'ouverture contre ture se ferme insensiblement; soit que, rsistant, elle remplace la pupille, qui s'oblire en effet quelquefois dans cette circonstance; soit enfin que ces deux ouvertures bsistent ensemble et se conservent pennt tout le reste de la vie.[1]

L.

Lorsque l'on doit opérer un œil dont la rnée est très-petite, comme il serait à aindre que l'incision, qui dans ce cas it embrasser à peu près les deux tiers de circonférence de cette membrane, fût ivie de staphylôme, on a conseillé d'inser cette membrane à sa partie supérieure, it en se contentant de diriger en haut et dedans le tranchant du bistouri, comme veut Wenzel, soit en renversant en arère la tête du malade, et en l'appuyant

---

1 Voyez ci après, N.° 53, ce qui est dit de la manière d'éter une pupille artificielle.

sur ses genoux, comme le pratiquent quelques oculistes. [1]

Le même procédé a été conseillé dans le cas où la cataracte se trouverait compliquée d'une taie située à la partie inférieure de la cornée [2], et pour celui où l'iris aurait contracté antérieurement des adhérences avec le bas de la cornée. [3]

Des soins à donner au malade après l'opération.

LI.

La première attention du chirurgien doit être de garantir l'œil opéré du contact de la lumière ; c'est en général une très-mauvaise pratique que celle de le laisser quelques instans découvert pour faire jouir le malade

---

1 On voit qu'alors l'opération se fait avec la main droite sur l'œil droit, et réciproquement.

2 Le fait suivant peut faire douter de la nécessité d'inciser dans ce cas à la partie supérieure de la cornée. Un soldat avait reçu une contusion à l'œil gauche : le cristallin passa dans la chambre antérieure ; il occasiona douleurs, ophtalmie opiniâtre et taie au bas de la cornée. Je fis l'extraction en incisant la demi-circonférence inférieure de cette membrane ; la douleur, l'inflammation et la tache, se dissipèrent après cette opération.

3 Ce cas s'est présenté à M. Audiberti, connu parmi nous par la traduction des Maladies vénériennes de Hunter, et qui en a fait part au professeur Boyer. (Ext. des notes prises aux leçons du professeur Boyer.)

plaisir de revoir les personnes qui lui nt chères : outre le danger de l'irritation la rétine, qui n'est plus accoutumée à mpression de la lumière, l'humeur vitrée ut s'écouler par l'effet du mouvement que muscles ne manquent pas d'imprimer au obe de l'œil. Wenzel parle d'une femme i, voulant voir son mari après l'opéra-n, perdit les trois quarts de l'humeur rée par l'effet des mouvemens que dans transports de sa joie elle ne fut pas îtresse de modérer.

Aussitôt après l'opération le malade devra nc être couché dans un endroit obscur. l se contentera de recouvrir les yeux avec linge fin, qu'on renouvellera de temps temps : on les lavera tous les jours avec au fraîche, et on prescrira le plus parfait os.

Si l'on a opéré par extraction, et qu'on pratiqué la section tranversale, il peut iver que le bord de la paupière infé-ure, soulevant le segment de la cornée, pposé à la cicatrice de la plaie, cause la douleur et dispose au staphylôme. l préviendra ces inconvéniens en recom-ndant au malade de tenir les paupières

exactement fermées : on pourrait aussi abai
ser la paupière inférieure avec un emplâtr
agglutinatif, comme j'ai appris que le pra
tique M. Forlens, oculiste de Paris.

Pendant les premiers jours qui suiven
l'opération, le régime doit être celui de
maladies aiguës ; lorsqu'il ne survient pa
d'accident, on ne tarde pas à permettre a
malade quelques légers alimens, et à l
rendre peu à peu la lumière. Si l'opéra
tion a été pratiquée par extraction, la pla
de la cornée se cicatrisera promptement
l'humeur aqueuse se régénèrera ; le la
moiement et la tuméfaction des paupière
disparaîtront, et le malade ne tardera p
à jouir des bienfaits de l'opération. [1]

LII.

Les suites de l'opération ne sont pas to
jours aussi heureuses. Il n'est pas rare q
la cure soit traversée par des accidens pl

---

1 Après l'opération le malade est presque toujours affe
de presbytie ; on doit corriger ce vice de la vision par l'us
des verres convexes.

Il arrive quelquefois que le malade ne voit point ap
l'opération, quoiqu'elle ait été faite dans des circonstan
très-favorables, au moins en apparence ; qu'elle n'ait
ni longue, ni laborieuse, ni suivie de douleur ou d'infla
mation.

moins graves : tantôt ce sont des dou-
rs, des vomissemens et d'autres acci-
s nerveux, que l'on combat par l'ad-
nistration des remèdes qui leur sont ap-
priés ; souvent ce sont des inflamma-
ns plus ou moins vives, qui, lorsqu'elles
t portées à leur plus haut degré, peu-
t déterminer la fonte suppuratoire de
t le globe de l'œil, et exposer même les
rs du malade. Cette complication doit
e traitée comme toutes les maladies in-
nmatoires : on saignera le malade du
d ; on prescrira la diète la plus sévère,
boissons rafraîchissantes, etc. Si cette
ammation dégénérait en affection chro-
ue, il faudrait recourir aux topiques
olutifs, aux purgatifs et aux différens
toires, particulièrement au vésicatoire
au séton à la nuque.

LIII.

J'ai déjà eu occasion de faire remarquer
e l'inflammation pouvait déterminer la
mation d'une cataracte secondaire ; elle
t encore être suivie de l'oblitération de
pupille [1], accident particulier qui exige

[1] L'oblitération de la pupille peut être déterminée par
ération de la cataracte, sans qu'il y ait eu inflammation :

des secours chirurgicaux très-analogues à l'opération de la cataracte, et qui ont subi par cette raison les mêmes variations que cette opération elle-même. Avant Daviel, Cheselden [1], voulant perforer la membrane pupillaire, porta une aiguille à abaissement dans la chambre postérieure du globe de l'œil, à travers la sclérotique et la choroïde. Depuis que les succès que Daviel obtint de la méthode d'extraction sont connus, on propose de perforer l'iris en traversant cette membrane d'avant en arrière, après avoir incisé la cornée. Wenzel, qui simplifie le manuel opératoire de l'opération de la cataracte, se sert aussi de son cératotome pour inciser l'iris ; mais pour prévenir le recollement des lèvres de la plaie, il enlève avec de petits ciseaux courbes le lambeau qui résulte de cette première incision. Enfin Scarpa, toujours effrayé des acci-

---

voyez Scarpa, *tom. II.* Elle peut aussi être la suite d'une inflammation déterminée par toute autre cause que l'opération. Voyez Janin, *Mém. et Obs. anat. physiol. et phys. sur l'œil. Mém. sur l'imperforation de l'iris.*

1 Voyez son éloge par Morand, dans l'Hist. de l'ac. de chir. tom. VII, in-12.

2 Janin, dans le Mémoire qui vient d'être cité, a remarqué, 1.° que l'incision transversale de l'iris s'oblitérait plus facilement que celle qui est faite dans une direction opposée

ns qu'il croit pouvoir résulter de la section
la cornée, revient à la méthode ancienne;
is instruit, par sa propre expérience et
: celle d'un grand nombre de praticiens,
la facilité avec laquelle s'opère le décol-
nent de l'iris, il propose de substituer ce
collement à l'incision : son aiguille re-
urbée lui paraît très-propre à exécuter ce
océdé. [1]

Si l'on demande maintenant quel est
ui de ces deux procédés qui mérite d'être
éféré, je dirai que la réponse à cette ques-
n doit se trouver implicitement renfer-
ée dans la discussion qui va faire la ma-
re de notre quatrième et dernière section.

---

que, faite à la partie externe de la pupille, elle occasio-
ordinairement le strabisme.

Il y a trois circonstances dans lesquelles la perforation
l'iris peut devenir nécessaire : 1.° celle de l'oblitération de
upille; 2.° celle où la membrane de Vachendorf s'est con-
ée après la naissance, c'est le cas de l'aveugle-né de
SELDEN. Tout le monde connaît le succès qu'obtint le chi-
ien anglais; et ce fait est devenu célèbre dans les fastes de
hilosophie, autant que dans ceux de la médecine opéra-
e. Le troisième cas, enfin, est celui où la cornée est de-
ue opaque vis-à-vis la pupille, mais conserve sa trans-
ence dans quelques points. On peut voir dans le Recueil
odique de la société de médecine de Paris, tom. VIII, un
de cette espèce bien intéressant, et par l'étendue du
rdre organique, et par le succès qui couronna l'opération
tiquée par DEMOURS, et dont le professeur SABATIER a ren-

IV. SECTION.

Parallèle entre le procédé de WENZEL *et celui de* SCARPA.

LIV.

J'ai dit, en commençant cette dissertation, que plusieurs auteurs recommandables, postérieurs à DAVIEL, avaient pensé que la méthode d'abaissement était dans plusieurs circonstances préférable à l'extraction. Je ne connais que SCARPA qui dans ces derniers temps, ait voulu proscrire entièrement cette dernière méthode. En recueillant sommairement ce que les premiers ont écrit en faveur de l'abaissement, et en y joignant les raisons alléguées depuis par le professeur de Pavie, j'aurai rassemblé sans doute les argumens les plus forts qu'on puisse apporter pour défendre cette doctrine; et si je ne partage pas l'opinion de cet homme célèbre, dont je respecte d'ailleurs l'autorité, on ne m'accusera pas du moins d'avoir cherché à déguiser ou à affaiblir les raisons qui militent en sa faveur.

---

du depuis le compte le plus favorable à l'institut national de France.

Ces raisons peuvent se réduire aux sui-
ites : 1.° l'abaissement est une opération
aucoup plus facile que l'extraction ;
2.° Cette opération entraîne à sa suite
oins d'accidens ;
3.° Elle réussit plus souvent que l'ex-
ction, et n'expose pas plus à la récidive
la maladie.

Puisque je me propose, dans la discussion
s trois points que je viens d'énoncer, de
ettre en opposition les procédés de WENZEL
de SCARPA, je crois devoir établir d'abord
n fait qui me paraît incontestable et très-
opre à répandre le plus grand jour sur
on sujet : c'est que, dans le plus grand
ombre des cas, c'est à-dire, lorsque la
taracte est simple et consiste uniquement
ns l'opacité du cristallin, le procédé de
ARPA diffère très-peu, relativement à son
it, de celui qui était généralement suivi
ant DAVIEL [1]. Cette vérité une fois recon-
ue, il est évident que le parallèle que je
e propose de tracer, deviendra en quel-
ue sorte celui des deux méthodes, et re-

---

1 J'en pourrais dire autant de celui de WENZEL, relative-
ent aux autres procédés qui appartiennent à la méthode
extraction.

posera sur un plus grand nombre d'observations.

Le procédé de Scarpa, *considéré relativement au but qu'on se propose dans l'opération, diffère très-peu des autres procédés qui appartiennent à la méthode d'abaissement.*

LV.

Quoique l'aiguille proposée par Scarpa ne puisse point être regardée comme une invention nouvelle [1], on ne peut contester à cet habile praticien le mérite d'en avoir beaucoup mieux apprécié les avantages qu'on ne l'avait fait avant lui, et surtout d'en avoir étendu l'usage ; les expériences que j'ai tentées avec cet instrument sur un grand nombre de cadavres, m'ont convaincu qu'il était préférable à l'aiguille figurée en fer de lance, soit pour saisir le cristallin et l'enfoncer dans le corps vitré, soit lorsqu'il s'agit de diriger la pointe de cette aiguille vers l'ouverture de l'iris. Examinons maintenant quel but Scarpa s'est proposé de remplir avec son instrument.

1 Consulter sur ce point l'ouvrage de Scarpa lui-même.

LVI.

« Le mot de *dépression*, dit SCARPA [1], a une signification plus étendue que celle qu'on lui donne communément ; il renferme et indique deux mouvemens que le chirurgien fait avec l'aiguille : l'un est l'abaissement du cristallin opaque, et l'autre, son enfoncement d'avant en arrière dans le corps vitré et hors de l'axe visuel. »

LVII.

Si on lit avec attention les auteurs qui ont écrit sur l'abaissement, on verra que, quoique la plupart de ces auteurs aient pensé que cette opération ne consistait qu'à placer le corps opaque au bas de la chambre postérieure, entre l'iris et le corps vitré, et se conduisaient néanmoins de manière à l'enfoncer dans cette humeur. En effet, les uns veulent qu'au moment où l'on exécute l'abaissement, on recommande au malade de faire mouvoir l'œil vers le ciel [2] ; ce qui, suivant la remarque de SCARPA lui-même, doit forcer le cristallin à s'enfoncer

---

1 Voyez tom. II, page 73.

2 Voyez PARÉ, liv. 17, chap. 22, éd. de Paris, 1588.

dans l'humeur vitrée : d'autres prescrivent d'appuyer un peu vers le centre du globe de l'œil en même temps qu'on presse de haut en bas [1]. Plusieurs ont donné positivement le précepte d'ouvrir la capsule cristalline à sa partie postérieure et inférieure. [2] Tous, depuis Galien jusqu'aux auteurs les plus modernes, enseignent que lorsque le cristallin remonte vis-à-vis la pupille, après avoir été déprimé, il faut l'abaisser de nouveau, et le presser avec une certaine force, afin de le fixer dans le lieu où il aura été placé. Que l'on réfléchisse maintenant sur le peu d'espace que présente la chambre postérieure, et sur l'extrême délicatesse de la membrane hyaloïde, on verra qu'il est presque impossible que le cristallin, pressé par l'aiguille, ne pénètre pas dans la substance du corps vitré. On sait d'ailleurs qu'il était assez rare que le cristallin passât après l'opération dans la chambre antérieure : or il semble que cet accident eût dû être

---

1 Voyez Maître-Jan, ouvrage cité, chap. 22.

2 Ferrein, Mém. de l'acad. des sciences de Montpellier, 1707 ; Petit, acad. des sciences, 1722 ; Lafaye, notes sur Dianis, démonstration 6.e : consultez aussi l'ouvrage du professeur Sabatier, tom. III.

aucoup plus fréquent si le cristallin dé-imé se fût toujours trouvé placé der-re l'iris. Enfin l'examen anatomique des ux a fait voir, dans un très-grand nom-e de cas, que le cristallin avait été en-ncé dans l'humeur vitrée. [1]

LVIII.

Le second point de l'opération, sur lequel CARPA a beaucoup insisté, est la rupture la capsule dans sa partie antérieure, in de prévenir l'espèce de cataracte secon-aire dépendante de l'opacité de cette mem-rane. Nous verrons plus bas jusqu'à quel oint, en suivant ce précepte, on peut révenir cette seconde maladie. Contentons-ous de remarquer ici, 1.° que cet accident st beaucoup plus rare que ne l'a prétendu professeur de Pavie; 2.° que l'opération, elle qu'on la pratiquait avant lui, devait, ans le plus grand nombre de cas, détermi-

1 Ces observations ont été faites par MAÎTRE-JAN, MORGAGNI, AVIEL, HOÏN, POTT, RICHTER, WENZEL, etc. Quelques pra-ciens modernes ont remarqué que, lorsqu'ils faisaient l'ex-action du cristallin sur des sujets qui avaient auparavant é opérés par abaissement, l'humeur vitrée s'écoulait avec la lus grande facilité. N'est-ce pas encore une nouvelle preuve ue la capsule hyaloïde avait été déchirée dans la première pération?

ner cette même rupture. Il est difficile en effet de concevoir qu'une membrane aussi délicate résiste lorsque le cristallin, pressé par l'aiguille, fait effort pour la déchirer, à moins cependant que la capsule toute entière ne se détache du corps vitré, comme Richter dit l'avoir observé plusieurs fois. [1]

LIX.

Enfin, lorsque la cataracte est membraneuse ou mixte, ou lorsque le cristallin devenu friable, se divise par parcelles, Scarpa recommande de pousser avec la pointe de l'aiguille, de la chambre postérieure dans l'antérieure, toutes les parties opaques qu'on peut apercevoir, soit qu'elles soient solides, soit qu'elles soient membraneuses ou muqueuses : il est vrai que Pott avait déjà donné le même conseil avant Scarpa; mais l'auteur anglais ne l'avait point autant généralisé [2], il n'avait pas surtout

---

1 Voyez le passage de Richter déjà cité, N.° XII, note.

2 Pott dit : « Dans quelques cas, où j'ai eu l'occasion favorable, j'ai poussé la partie dure (du cristallin), à travers « la pupille, dans la chambre antérieure, où elle s'est toujours « dissoute par degrés et parfaitement, et a disparu, enfin, « sans produire ni peine, ni douleur, pendant que cette « dissolution s'accomplissait. » *Oeuvres chir. t. II, remarq. « sur la catar.* »

aginé d'instrument propre à faciliter cette
rtie de l'opération.

Il résulte de tout ceci que, si le procédé
Scarpa diffère très-peu, relativement au
t de l'opération, de ceux qui avaient
mis en usage avant lui, ce praticien a
pendant le mérite d'avoir perfectionné la
éthode d'abaissement, en rendant son
écution et plus sûre et plus facile.

procédé de Scarpa est-il d'une exécution plus facile que celui de Wenzel? [1]

LX.

Le procédé opératoire le plus facile pour
l ou tel praticien en particulier, sera tou-
urs celui auquel il se sera le plus exercé.
ne s'agit donc pas ici d'écouter les té-
oignages de Scarpa ou de Wenzel sur
s avantages que chacun d'eux trouve sous
point de vue dans la méthode qu'il pré-
nise ; nous ne devons pas même tenir
mpte de la promptitude ou de la dexté-
é avec laquelle l'un ou l'autre peut exécuter

---

[1] Je n'entends pas parler ici de l'opération de Wenzel telle
l'il conseille de la pratiquer, c'est-à-dire, en incisant d'un
il coup la cornée et la capsule du cristallin. J'ai dit, N.° 43,
mment ce procédé pouvait être modifié, et rendu plus facile
ns son exécution.

son opération : la question est de savoi
quel est celui des deux procédés avec leque
on pourra le plus promptement se rendr
familier. Or rien n'est plus simple que d
s'accoutumer à pratiquer l'extraction, en
opérant sur le cadavre ou sur des animaux
vivans. Il n'en est pas ainsi de l'abaissement
Les yeux sur lesquels nous nous exerçon
étant le plus ordinairement dans l'état natu
rel, on peut sans doute faire exécuter à
la pointe de l'aiguille, parvenue vis-à-vis la
pupille, les mouvemens nécessaires pou
déprimer le cristallin ; mais on n'a point
après l'opération, de certitude de l'avoi
en effet enfoncé profondément dans le corp
vitré.

LXI.

Combien de fois n'est-il pas arrivé
lorsqu'on pratiquait encore généralement la
dépression, que l'effusion de quelques gout
tes de sang dans les cavités de l'œil, déro
bant aux yeux de l'opérateur et la cataracte
et la pointe de l'instrument, a forcé de
suspendre l'opération ? [1] Dira-t-on que le
procédé de Scarpa n'expose pas autant à

1 Ce cas s'est présenté à Daviel, et ce praticien fut forcé
de suspendre son opération. *V. Mém. cité.*

: accident ? Mais une semblable assertion
ait purement gratuite ; elle est d'ailleurs
mentie par les expériences que j'ai faites
: les animaux vivans. [1]

Le cristallin peut, à raison de sa dureté,
dérober à la pointe de l'instrument, et
point se laisser enfoncer dans l'humeur
rée : il peut, lors même qu'il a été déplacé
nvenablement, et quel que soit d'ailleurs
degré de consistance, remonter derrière
pupille, en faisant le même trajet que
avait fait parcourir l'instrument. Ces
ficultés se rencontreront rarement, j'en
nviens, dans le procédé de SCARPA ; mais
es ne peuvent jamais avoir lieu lorsqu'on
tique l'extraction. On pourra répondre,
c SCARPA, que, « si la dépression ne
réussit pas, on peut, sans courir aucun
risque, répéter deux ou trois fois la même
opération sur le même œil ; ce qui ne
peut avoir lieu toutes les fois que l'ex-
raction n'a pas eu le succès désiré. » [2]
is outre qu'il n'est pas encore question

On ne peut douter que le même accident ne puisse avoir
dans le cas de cataracte purulente. On pourrait en
ner pour preuves les Observ. 54 et 58 de SCARPA.

Voyez SCARPA, tom. II.

ici de comparer les accidens qui peuvent être la suite de l'une ou l'autre opération, j'observerai qu'il importe moins de savoir quel est celui de ces deux procédés qu'on peut répéter sans inconvénient, que de connaître celui qui dispense le plus souvent de cette multiplicité d'opérations : or il est évident qu'à cet égard le procédé de Wenzel l'emporte sur celui de Scarpa.

LXII.

Poursuivons ce parallèle, et nous verrons que, dans les cas moins simples que ceux que nous venons d'exposer, le procédé de Wenzel conserve encore une supériorité marquée. Scarpa conseille, lorsque la cataracte est membraneuse, de déchirer la cristalloïde et d'en porter les débris à travers la pupille à mesure qu'ils ont été détachés; il applique le même précepte au cas où les flocons muqueux connus sous le nom d'*accompagnemens*, se présentent derrière la pupille après l'abaissement du cristallin. Or, combien n'est-il pas plus facile d'enlever, après l'incision de la cornée, ces diverses parties, en employant les pinces, la curette, les petits ciseaux, et les divers autres instrumens dont se servent ceux qui ont coutume

pratiquer l'extraction ? Si le cristallin, de nsistance molle et friable, se brise dans s tentatives qu'on fait pour l'abaisser, ARPA conseille également de diviser les ugmens en petites parcelles, et de les usser ensuite dans la chambre antérieure. ais combien ces différentes manœuvres ne ivent-elles pas être encore et plus longues plus fatigantes pour le malade, que la nple extraction ?

Dans les cas où le cristallin a contracté s adhérences avec les parties environnan-, il est difficile de concevoir que ces adhé-ices puissent être assez solides pour résister l'aiguille de SCARPA dirigée convenable-ent ; mais il n'est pas moins certain qu'il a plus facile encore de les détacher en y rtant, à la faveur d'une plaie faite à la rnée, les instrumens dont il vient d'être mention, les crochets de diverses for-s, ou encore l'aiguille de SCARPA. Enfin 'est pas impossible, même en employant procédé de ce praticien, que le cristallin se tout entier dans la chambre antérieure, moment où l'on tente l'abaissement ; et ération de l'extraction devient alors d'une ispensable nécessité.

Je crois pouvoir conclure de ce qui précède, que, sous le rapport de la facilité de l'exécution, l'avantage appartient incontestablement à la méthode de l'extraction. Je ne crains point d'avancer, au risque d'être accusé d'exagération, que l'opération de Wenzel doit être regardée comme l'un des procédés les plus faciles et les plus simples de la médecine opératoire, pourvu qu'il soi exécuté avec des instrumens bien fabriqués

Le procédé de Scarpa expose-t-il à moins d'accidens que celui de Wenzel?

LXIII.

Pour résoudre cette question, examinons en parcourant successivement les accidens qu'on reproche à l'extraction, si ces accidens sont en effet particuliers à cette méthode; et voyons si ceux qu'on peut imputer à l'abaissement ne l'emportent pas par leur gravité.

Il est constaté par l'observation, que l'opération de la cataracte, de quelque manière qu'elle soit faite, peut déterminer des vomissemens, des douleurs, et surtout des inflammations plus ou moins intenses [1]: on

1 J'entends ici par douleurs celles qui suivent l'opération

partisans de l'abaissement prétendent
e ces accidens sont plus graves et se
ıcontrent plus ordinairement après l'ex-
ction. Mais cette assertion a-t-elle été
blie sur des expériences comparatives ?
t-on démontré que ces accidens étaient
ıs fréquens depuis 1752, époque à laquelle
AVIEL proposa et fit adopter sa méthode,
'ils ne l'étaient auparavant ? Je vois au
ntraire que presque tous les malades que
n opérait autrefois par la méthode d'abais-
ment, éprouvaient des accidens très-gra-
s, et que l'opération était regardée comme
lement dangereuse que la plupart des
irurgiens méthodiques avaient renoncé à
pratiquer ; et que, suivant la remarque
M. SABATIER, elle était abandonnée à
s hommes qui en faisaient presque leur
ique occupation, et qui parcouraient les
ovinces. [1] J'ai vu pratiquer, un assez

nt à la douleur que le malade éprouve pendant l'opéra-
n, elle varie suivant les individus, comme il résulte
s expériences comparatives faites par MORAND et LAFAYE.
s deux praticiens opérèrent sur les mêmes individus, en
tiquant l'extraction sur l'un des yeux, et l'abaissement sur
eil opposé. Voyez *Mém. de l'ac. de chir. tom. VI*, *in*-12.

1 Voyez l'ouvrage cité, tom. III. L'empressement avec le-
el les praticiens adoptèrent la méthode de DAVIEL, atteste
ez qu'ils avaient reconnu de grands inconvéniens dans la
éthode d'abaissement.

grand nombre de fois, l'opération de l'extraction, et avec des succès bien différens; mais je puis assurer que je n'ai vu que très-rarement l'inflammation compliquer la maladie, et que je n'ai vu qu'une fois le malade être pris de vomissement.

On sait que la cataracte membraneuse secondaire succède presque toujours à une inflammation violente du globe de l'œil: or, cette espèce de cataracte assez fréquente, même au témoignage de SCARPA [1], après l'opération de l'abaissement, ne paraît pas avoir encore été observée après l'extraction du cristallin. [2]

LXIV.

Je n'ignore pas que STOLL, BELL, SCARPA, affirment positivement que la douleur et l'inflammation sont plus à redouter après l'extraction qu'après l'abaissement. Mais sur quoi font-ils reposer cette assertion? Sur des faits énoncés vaguement ou d'une manière trop générale. BELL ne rapporte

---

1 Voyez l'ouvrage cité, tom. II.

2 Cette proposition est énoncée dans un discours sur le perfectionnement de la médecine opératoire pendant le dix-huitième siècle, prononcé à la rentrée de l'école de Paris, le 24 Vendémiaire an X.

une observation particulière. [1] Parmi cel-
insérées dans l'ouvrage de Scarpa, au
pitre de la cataracte, et qui sont au
nbre de six, on voit que deux malades
rés suivant sa méthode, n'ont pas été à
ri des accidens qu'il reproche à l'extrac-
; et si l'on jette les yeux sur les obser-
ions comprises dans le chapitre du même
rage qui traite de la pupille artificielle,
trouve que de quatre malades qui éprou-
ent, après l'opération, des inflammations
rêmement graves, trois avaient été opérés
la méthode d'abaissement. Stoll se
tente de dire qu'il préférait l'abaissement
extraction, lorsque le malade était tour-
nté par des douleurs arthritiques ou rhu-
tismales, des céphalées, des migraines,
..; lorsqu'il était sujet aux fluxions des
ux, aux pustules du visage, aux érysipèles,
.. : mais il me semble que cet auteur aurait
nous apprendre combien d'individus pla-
dans ces circonstances défavorables, ont
opérés avec succès par l'abaissement. [2]
Pour décider la question qui nous occupe,
faudrait comparer un certain nombre de

---

[1] Voyez Cours complet de chirurg. tom. III.

[2] Voyez Stoll, Rat. med. pars III, Sparsa quædam varia.

malades opérés suivant la méthode d'abaissement, avec un nombre égal de malades opérés par l'extraction, en ayant grand soin de tenir compte des diverses circonstances qui peuvent accompagner la cataracte; car je suis persuadé, avec Stoll et Richter, que, dans le plus grand nombre des cas, les accidens nerveux, inflammatoires, appartiennent moins au procédé qui a été mis en usage qu'aux dispositions particulières de l'individu opéré, aux circonstances dans lesquelles il se trouve placé, et sans doute aussi aux difficultés plus ou moins grandes qu'a présentées l'opération.

S'il était permis d'avoir recours au raisonnement, je dirais que l'extraction, n'exigeant qu'une plaie simple, faite à la cornée par un instrument très-tranchant, doit être une opération moins grave que la dépression, dans laquelle il faut non-seulement percer la sclérotique, la choroïde et la rétine, mais qui expose encore à blesser les nerfs et les procès ciliaires [1]; qui peut donner

1 L'opération de l'abaissement a quelquefois été suivie d'accidens mortels; j'en trouve un exemple dans le Mémoire de Hoïn; Mém. de l'acad. de chir. tom. VI. Sömmering, dans son ouvrage sur la structure du corps humain, en cite

t aux épanchemens de sang dans l'inté-
ır du globe, exciter par là de la douleur
lle l'inflammation. Enfin, ces accidens
vent encore être déterminés par la pres-
n qu'exercera le cristallin déplacé, soit
la rétine, soit même sur la choroïde. [1]
On ne peut reprocher à la méthode de
traction l'étendue de l'incision; car dans
ut naturel la cornée est presque insen-
c, et l'on sait d'ailleurs que les plaies
cette membrane se guérissent avec la
s grande facilité. J'ai vu plusieurs fois
e qui résulte de l'opération de la cata-
te, être parfaitement cicatrisée le troi-
ne jour. Stoll dit avoir vu l'humeur
ueuse entièrement réparée une demi-
re après l'opération [2], ce qui suppose
déjà les lèvres de la plaie avaient con-
cté de faibles adhérences : quant à la
trice qui subsiste après la guérison, il
faux qu'elle puisse, comme on l'a pré-

---

utre exemple; il attribue les accidens à la blessure de
étine. Voyez *son ouvrage, tom. V. Note communiquée*
M. Lobstein.

On a trouvé la rétine et la choroïde contuses et déchi-
par le cristallin qui, sans doute, avait été enfoncé avec
de violence. Voyez *Mém. de* Daviel.

Voyez Stoll, Rat. med. pars III, Sparsa quæd. varia.

tendu, occasioner de la difformité, et empêcher les rayons lumineux de pénétrer jusqu'à la pupille.

LXV.

La sortie de l'humeur vitrée, pendant l'opération de l'extraction, fournit un argument bien faible contre cette méthode, puisqu'il est démontré par un très-grand nombre de faits, que cet accident n'empêche point le succès de l'opération, et qu'on est allé même jusqu'à penser qu'il devait plutôt être regardé comme une circonstance favorable et propre à prévenir l'inflammation. [1] Au reste la sortie d'une portion du corps vitré dépend le plus souvent des pressions exercées avec trop peu de ménagement sur le globe de l'œil : or je ne pense pas qu'on puisse mettre sur le compte du procédé les fautes de celui qui l'exécute.

LXVI.

On oppose encore aux partisans de l'ex-

1 Voyez l'ouvrage cité de Wenzel ; Richter, Obs. chirurg. fasc. 1 ; Stoll, Ratio med. pars III, Sparsa quædam varia ; enfin, l'observation du prof. Chaussier, citée N.° 45. J'ai vu moi-même l'opération être couronnée du plus entier succès, quoiqu'il se fût échappé, pendant qu'on la pratiquait, une grande partie de l'humeur vitrée.

ction, que cette méthode expose singulement au danger de blesser l'iris. Ce roche est surtout applicable au procédé Wenzel, lorsqu'on suit fidèlement la cription qu'il en donne, c'est-à-dire, qu'on perce d'un seul coup la cornée a capsule du cristallin; mais il est beaup plus rare lorsqu'on exécute cette opéon en deux temps. Il n'est pas vrai lleurs que le procédé de Scarpa mette 'abri de cet accident.

Enfin il est bien reconnu aujourd'hui que blessures de l'iris n'entraînent point après s d'accidens graves, et qu'elles n'altèt point l'intégrité de la vision, lors même elles laissent subsister une seconde pue, ou qu'elles changent la forme et les ensions de la pupille naturelle. Cette nière remarque s'applique également au ollement de l'iris. Quant à la distension cette membrane, produite par la pression cristallin, lorsqu'il est forcé de traverser pupille très-étroite, il paraît qu'elle t avoir des suites plus fâcheuses; mais st toujours au pouvoir du chirurgien qui tique l'extraction, d'éviter ces accidens, en employant avant l'opération les

moyens propres à déterminer la dilatation de la pupille, soit en agrandissant cette ouverture par une incision.

Nous avons vu précédemment que le staphylôme était quelquefois la suite de l'extraction de la cataracte. Cet accident fournit contre cette opération une objection assez sérieuse pour mériter d'être discutée. 1.° Le staphylôme n'a presque jamais lieu si l'on donne à l'incision de la cornée la direction oblique que conseille WENZEL. 2.° Lorsqu'on a pratiqué la section transversale, on peut prévenir le staphylôme, soit en donnant au malade une position exactement horizontale, et en lui recommandant de tenir la paupière supérieure abaissée, soit en abaissant l'inférieure au moyen d'un emplâtre agglutinatif. 3.° Lorsque l'iris s'engage entre les lèvres de la plaie, il faut avec la curette la repousser dans la chambre antérieure. 4.° Enfin nous avons dit plus haut que le staphylôme ne devait point être regardé comme un accident grave, et nous en avons indiqué en même temps les moyens curatifs.

procédé de SCARPA *réussit-il plus souvent que celui de* WENZEL, *et expose-t-il moins au retour de la cécité?*

LXVII.

Tout le monde a connu les succès nombreux que WENZEL, père, avait obtenus en écutant son procédé; SCARPA paraît aussi oir réussi un grand nombre de fois en atiquant l'opération de la dépression. Rien serait plus aisé que de prononcer entre s deux habiles praticiens, ou plutôt entre urs procédés, si, au lieu de se borner à ire connaître leurs succès, ils nous eussent urni une énumération exacte de tous les alades qu'ils avaient opérés, en ayant soin indiquer quelles ont été les suites heureus ou fâcheuses de chaque opération. Il est ident que, pour répondre à la question ui vient d'être faite, nous n'aurions presque us besoin que d'une simple opération rithmétique. [1] Cherchons du moins si nous

---

1 Il en serait de même de beaucoup d'autres questions médecine et de chirurgie pratiques, si les grands praticiens mposaient le devoir de publier l'état fidèle de tous les maades qu'ils ont traités, des méthodes de traitement suivies, et s résultats de ce traitement, en ayant soin de noter les incipales circonstances de la maladie : un semblable tra-

ne trouverons point, dans les ouvrages publiés avant ceux de WENZEL et de SCARPA, la solution de ce problème intéressant; car, bien qu'il soit vrai de dire que les deux procédés dont ils sont les inventeurs, soient chacun, dans la méthode à laquelle ils se rapportent, les plus parfaits de tous ceux que nous connaissons, cependant ils ne diffèrent point assez de tous les autres pour qu'on ne puisse pas leur appliquer à beaucoup d'égards tous les faits qui se rapportent à ces méthodes en général.

LXVIII.

Nous avons déjà fait remarquer que la plupart des chirurgiens méthodiques, peu satisfaits des résultats de l'opération par abaissement, avaient renoncé à la pratiquer. HOVIUS et RAW s'étaient élevés contre elle, et la regardaient comme l'une des plus incertaines de la chirurgie; HEISTER ne la jugeait pas plus favorablement. « Parmi les « malades qui avaient été opérés à sa con- « naissance, dans les diverses contrées de « l'Allemagne, par des oculistes de répu-

---

vail, suivi avec persévérance, nous permettrait bientôt d'appliquer à la thérapeutique le calcul des probabilités.

ation, peu en avaient obtenu du succès; et sur les opérations faites en 1750, 1751 et 1752, à peine y en avait-il une sur cent qui eût rendu la vue aux malades; encore étaient-ils sujets à de grands maux de tête, et bientôt ils devenaient aveugles. » [1]

Avant de renoncer à l'abaissement pour opter définitivement sa méthode, Daviel lui fait pendant plusieurs années des expériences comparatives, qui l'avaient convaincu que sous le rapport des succès, comme sous le rapport de la facilité d'exécution, tout l'avantage se trouvait du côté de l'extraction. Lorsqu'il publia, en 1752, un mémoire dans lequel cette méthode se trouve décrite pour la première fois, il en avait déjà obtenu les résultats les plus satisfaisans. Voici comment il s'exprime lui-même.

« M. de Vermale, associé de l'académie, et premier chirurgien de l'électeur palatin, a rendu compte des opérations qu'il m'a vu faire à Manheim, dans une lettre imprimée et adressée à M. Chicoyneau,

---

[1] Voyez Sabatier, tom. III.

« premier médecin du roi ; depuis ce temp
« j'ai continué de la pratiquer en différen
« endroits, et je compte aujourd'hui, dix
« neuf Novembre 1752, deux cent six opé
« rations, dont cent quatre-vingt-deux on
« réussi. » [1]

L'académie de chirurgie, occupée de l
méthode de Daviel, et voulant constate
d'une manière authentique les résultats ob
tenus par cette méthode, s'adressa à Caqué
l'un de ses correspondans à Reims, vill
dans laquelle Daviel avait opéré, dans l
courant de l'année 1751, quarante-troi
malades affectés de cataracte. Caqué ré
pondit à l'académie, le 15 Janvier 1753
qu'il ne pouvait donner des nouvelles d
tous ces malades, plusieurs ayant quitté l
ville depuis l'époque à laquelle ils avaien
été opérés. Par l'examen qu'il put faire d
trente-quatre de ces individus, qui habi
taient encore Reims au moment où il écri
vait, dix-sept étaient complétement guéris
huit n'avaient retiré de l'opération qu'un
succès médiocre, et les neuf derniers avaien
entièrement perdu la vue. [2]

1 Voyez Mém. de l'acad. de chirurg. tom. V, in-12.
2 Voyez Mém. de l'acad. de chir. tom. V.

LXIX.

Dans la même année (1753) Morand
icita et obtint du ministre de la guerre
torisation de faire opérer des invalides
Lafaye et Poyet, afin de mettre l'aca-
nie de chirurgie à même de prononcer
lles avantages respectifs de deux procédés
t ils sont les inventeurs. Morand pra-
ia concurremment l'opération de l'abais-
ent. Le nombre des opérés fut de dix-
f : sept le furent par Poyet, six par
'aye, et six par Morand. Voici quel fut
ésultat de ces opérations. Des six faites
Morand, trois eurent un plein succès;
trois autres malades ne furent point
ris, le cristallin étant remonté derrière
upille. Des sept malades opérés par
et, deux furent parfaitement guéris;
x autres ne virent qu'imparfaitement;
trois derniers furent opérés sans aucun
cès. Enfin, des six malades de Lafaye,
x ont entièrement recouvré la vue, deux
es ne l'ont recouvrée qu'incomplète-
nt; les deux autres opérations ont été
ies de cécité. Il faut lire dans les Mé-
res de l'académie de chirurgie les détails
tifs à ces opérations, et aux accidens

dont elles ont été suivies, afin de pouvoi apprécier les causes auxquelles doivent êtr imputés les résultats opposés de ces expé riences. [1]

LXX.

Sharp communiqua également, dans l même année (1753), à la société royale d Londres, le résultat de dix-neuf opération qu'il avait aussi pratiquées suivant la no velle méthode, mais en employant un in trument particulier de son invention. « I « moitié des opérations de Sharp réussi « quoique toutes eussent été suivies d'i « flammation considérable. » [2] J'ai dit a leurs la raison qui me paraît avoir déte miné cet accident d'une manière aussi un forme. Richter rend compte, dans un m moire déjà cité plusieurs fois, de dix op rations d'extraction pratiquées avec son in trument; de ces dix individus sept ont gu complétement, les trois autres ont été opé sans succès. [3]

Si nous ajoutons à ces faits tous ceux q se trouvent compris dans les ouvrages p

1 Voyez Mém. de l'acad. de chir. tom. VI.
2 Voyez l'ouv. de Sabatier, tom. III.
3 Voyez Observ. chirurg. fasc. 2.

és par les oculistes qui ont adopté la thode d'extraction, ceux qui sont répan- dans les mémoires des sociétés savantes, sera forcé de convenir que la méthode xtraction a eu des succès très-marqués. [1]

LXXI.

BELL prétend que ces succès ne sont que ssagers : « lorsque l'on a emporté la cata- acte, dit cet écrivain, la vue revient en général sur le champ, à la grande satis- faction du malade et de l'opérateur; mais e plus souvent, après les opérations qui nt d'abord le mieux réussi à tous égards, a vue, qui a paru quelque temps assez bonne, pendant même plusieurs semaines ou plusieurs mois, diminue peu à peu, t le malade la perd enfin entièrement.

« Le docteur YOUNG d'Édimbourg, qui a ong-temps exercé la chirurgie avec célé- brité, conçut pendant quelque temps une rès-haute idée de cette opération : il rap- porte, dans le second volume des Essais de médecine d'Édimbourg, le succès qu'il

---

1 En général, on peut regarder l'opération comme pratiquée s-heureusement lorsqu'elle réussit complétement sur la moitié s malades.

« a eu sur six malades qu'il avait opérés pe
« de temps avant, et ce succès paraissai
« très-remarquable dans le temps où il écri
« vait son mémoire ; mais dans une conver
« sation que j'eus avec ce docteur, plusieur
« années après, je trouvai qu'il avait bie
« changé d'opinion. Ses observations sur le
« suites de l'extraction se rapportaient exac
« tement à celles que j'avais faites : la vue
« qui avait été rétablie immédiatement aprè
« l'extraction de la cataracte chez le plu
« grand nombre de ceux qu'il opéra, com
« mença chez presque tous à s'affaiblir, pe
« de temps après ; elle devint peu à pe
« plus mauvaise, et fut suivie enfin d'un
« cécité totale. » [1]

LXXII.

Pour infirmer ou confirmer définitive
ment le jugement du chirurgien anglais su
l'extraction de la cataracte, il faudrait en
core pouvoir comparer un grand nombre d
malades, à des époques plus ou moin
éloignées de celle de l'opération ; mais i
n'est que trop vrai que les chirurgiens négli
gent beaucoup de s'informer des suites de

[1] Voyez Bell, Cours complet de chirurg. tom. III.

rations qu'ils ont pratiquées. Cependant
is avons sur le point qui nous occupe
faits assez nombreux pour ne pas crain-
d'assurer que la proposition de Bell est
ncée d'une manière trop générale. En
t, les succès de Richter, dont il vient
tre parlé, se sont tous soutenus pendant
sieurs mois, et même pendant plusieurs
nées. Les renseignemens fournis par
qué de Rheims, à l'académie de chirur-
, sur les opérations de Daviel, ne lui
été demandés que deux ans après l'épo-
à laquelle ces opérations avaient été
tiquées. Enfin on a vu les succès obtenus
Wenzel et par plusieurs oculistes, se
tenir pendant plusieurs années, et je
urrais moi-même citer plusieurs individus
ont joui pendant long-temps du bienfait
cette opération.

LXXIII.

Deux causes entièrement différentes peu-
nt occasioner le retour de la cécité après
e l'opération de la cataracte a réussi :
ne est l'affection de la rétine connue sous
nom d'amaurosis ; l'autre est le retour
la cataracte elle-même. A l'égard de la

première affection, à laquelle il faut rapporter sans doute les observations d'Young et de Bell, qui viennent d'être citées, on ne voit pas pourquoi cet accident, soit qu'il dépende de l'action trop vive de la lumière, soit qu'il soit déterminé par une cause morbifique intérieure, serait plus fréquent après l'extraction qu'après l'abaissement. Dira-t-on qu'il peut dépendre aussi de la distension de l'iris au moment où le cristallin traverse la pupille, lorsque celle-ci est rétrécie ? Mais nous avons observé plus haut que dans ce cas, comme dans tous les autres, il fallait se garder d'exercer sur le globe de l'œil des pressions trop fortes, et qu'il était préférable d'agrandir la pupille par une incision.

LXXIV.

Quant à la cataracte secondaire, j'ai eu occasion de faire remarquer que celle qui est membraneuse n'avait presque jamais lieu après l'extraction ; et l'on voit assez que celle qui dépend de ce que le cristallin ou quelques autres parties opaques, enlevées par l'opération, viennent se replacer vis-à-vis la pupille, appartient encore

s exclusivement à l'opération par abais-
nent. Scarpa prétend que lorsqu'au moyen
son aiguille le cristallin a été profondé-
nt enfoncé dans le corps vitré, il dimi-
e peu à peu de volume, et finit par être
ièrement dissous. Je connais les obser-
ions de Barbette, Morgagny, Heister,
ll, Richter et de Scarpa lui-même,
lesquelles repose cette assertion ; mais
utres observations, recueillies par Maître-
n, Daviel, Hoïn, Wenzel, etc., attestent
e cette dissolution n'a pas lieu aussi
néralement que Scarpa l'a prétendu, et
nin et Richter ont vu le cristallin remon-
à sa place plusieurs mois et même plu-
urs années après l'opération.

Je conviens encore que les parties opa-
es, que Pott et Scarpa conseillent de
usser dans la chambre antérieure, pour-
nt à la vérité être dissoutes dans l'humeur
ueuse : mais je conçois aussi que cette
ssolution peut être plus ou moins tardive ;
ue ces parties pourront se replacer vis-à-
s la pupille, et nécessiter une seconde
pération. Je conçois surtout, que des
agmens trop volumineux du cristallin
ourront contracter des adhérences avec la

ces les plus précieuses dans le traitement de la cataracte, et surtout comme étant d'une exécution plus facile, et applicable à un plus grand nombre de cas que la méthode d'abaissement.

Cette dernière me paraît cependant préférable à l'extraction, lorsque, la chambre antérieure ayant peu de profondeur, et la cornée se trouvant très-petite, on serait forcé de la couper dans les trois quarts de sa circonférence, en même temps qu'on risquerait beaucoup de blesser l'iris. L'abaissement me paraît encore devoir être préféré lorsque la pupille est très-étroite, et qu'on a lieu de craindre qu'il faudrait l'inciser pour permettre au cristallin de passer dans la chambre antérieure. Enfin je pense avec Pott, que si l'on avait à opérer un malade affecté d'une toux habituelle, il serait prudent de ne pas pratiquer l'extraction, dans la crainte que l'œil ne vînt à se vider complétement dans les efforts de la toux.

LXXVII.

Je terminerai cette dissertation par une simple réflexion sur la manière de raisonner de quelques partisans de la dépression. Il

usent de s'être laissé séduire par l'amour
la nouveauté, ceux qui, à l'époque où
WIEL publia sa méthode, l'adoptèrent ex-
ssivement; et cependant ils veulent au-
rd'hui nous persuader que celle de la
pression doit être adoptée d'une manière
si exclusive, et nous faire renoncer abso-
nent à une manière d'opérer dont les
ntages se trouvent confirmés par une
périence de plus de cinquante années.
ur moi j'avoue que je ne puis partager
r opinion, tant qu'elle ne sera pas éta-
e sur des faits plus nombreux et plus
ncluans; et s'il fallait en attendant *jurer*
la parole du maître, j'avoue que l'au-
rité de l'académie de chirurgie, qui avait
nctionné la méthode d'extraction, serait
nes yeux plus imposante encore que celle
s hommes éclairés qui dans ces derniers
mps se sont prononcés en faveur de la
éthode d'abaissement.

FIN.

ERREURS.

Page 10, *note*, appartient au professeur Sömmering; à Zinn.

Page 10, *note* 2, appartient encore au professeur; appartient au professeur Sömmering.